

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

**Percepción de la calidad de cuidado humanizado del
paciente hospitalizado en el servicio de cirugía
oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades
Neoplásicas, 2015**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Centro
Quirúrgico

AUTOR

Carmen Salís Saavedra

ASESOR

Ilda M. Borda Olivas

Lima - Perú

2016

**“PERCEPCION DE LA CALIDAD DE CUIDADO HUMANIZADO DEL PACIENTE
HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ONCOLOGICA
DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS, 2015”**

*A Dios Todopoderoso por
bendecir cada uno de
los días de mi vida.*

*A las profesoras de la Universidad Nacional
Mayor de San Marcos, por su valiosa
orientación en la realización
del estudio.*

*Al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
por permitirme desarrollar el presente estudio.*

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN

PRESENTACION

CAPÍTULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
1.1.- Determinación del Problema	9
1.2.- Formulación del problema	12
1.3.- Objetivos	12
1.3.1.- Objetivo general	12
1.3.2.- Objetivos específico	13
1.4.- Justificación y propósito	13
1.4.1.- Justificación:	13
1.4.2.- Propósito	14
CAPÍTULO II MARCO TEORICO	14
2.1.- Antecedentes	15
2.2.- Marco teórico	20
1.- Percepción	20
2.- Calidad	23
3.- Enfermería	32
4.- Cuidado definiciones	39
5.- Paciente Oncológico	61
2.3.- Definiciones conceptuales	65
2.4.- Operacionalización de variables	68
CAPITULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES	69
3.1.- Formulación de hipótesis	69
3.1.1.- Hipótesis general	69

3.1.2.- Hipótesis específicas.....	70
3.2.- Identificación de variable	70
3.2.1.- Clasificación de variables	70
3.2.2.- Definición de variables	70
CAPITULO IV METODOLOGIA.....	70
4.1.- Tipo de investigación.....	70
4.2.- Diseño de estudio	70
4.3.- Población y muestra.....	71
4.3.1.- Población.....	71
4.3.2.- Muestra.....	71
4.3.3.- Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	73
4.4.- Procedimiento para la recolección de datos.	74
4.5.- Plan de tabulación y análisis de la información.....	75
4.6.- Aspectos éticos	75
CAPITULO V RESULTADOS Y DISCUSION	77
5.1.- Descripción	¡Error! Marcador no definido.
5.1.1.- Características de la Muestra.....	77
5.1.2.- Análisis inferencial.....	94
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	96
6.1.- CONCLUSIONES	96
6.2.- RECOMENDACIONES	97

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

RESUMEN

La presente investigación “**Percepción de la calidad de cuidado humanizado del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2014**”, propone como objetito general: determinar la percepción de la calidad de cuidado humanizado del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2014 y como objetivo específico: Identificar si es humanizado el cuidado que brinda el profesional de Enfermería, en el servicio de cirugía Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, según las dimensiones sugeridas por la teórica J. Watson. El presente estudio fue realizado entre el mes de Noviembre y Diciembre del 2014, es de carácter descriptivo, transversal y con abordaje cuantitativo. La muestra representativa fue de 66 pacientes, obtenida por muestreo aleatorio simple. Se utilizó un instrumento de 30 preguntas el que cuenta con una validez y contenido fácil (Alfa de Crombach: 0.95). Los resultados obtenidos dieron que el 64% de pacientes hospitalizadas en el servicio de hospitalización de cirugía del INEN percibieron estar satisfechos con el cuidado humanizado del personal de enfermería. Igualmente, la mayoría de los pacientes hospitalizados también se mostraron satisfechos en las dimensiones de Inculcación de fe y esperanza (89%), cultivo de la sensibilidad (68%), relación ayuda- confianza (77%), uso sistemático del método científico (62%), promoción de enseñanza-aprendizaje interpersonal (74%) y las fuerzas existenciales-fenomenológicas (68%) respectivamente.

Palabras claves: Calidad, Cuidado humanizado, Cuidados de Enfermería,

SUMMARY

The perception of patients humanized care is very important which is why the importance of this study, "Perceived quality of humanized care in patient surgical oncology service of the National Institute of Neoplastic Diseases, 2014". Study conducted between November and December 2014, is descriptive, transversal quantitative approach. We worked with a representative sample of 66 patients obtained by simple random sampling. An instrument of 30 questions which content validity (Cronbach's alpha 0.87) was used. The results given that 64% of women hospitalized in the hospital department of surgery of Endocrinology perceived to be satisfied with the care humanized care nurses. Similarly, most of the patients also expressed satisfaction in the dimensions of Inculcation of faith and hope (89%), cultivation of sensitivity (68%), relationship help-confidence (77%), systematic use of the scientific method (62%), promotion of teaching and learning interpersonal (74%) and existential phenomenological forces (68%) respectively.

Keywords: Quality, humanized care, nursing care.

PRESENTACION

Enfermería es una disciplina Científica que se encarga del cuidado humano, basándose en un conjunto de conocimientos científicos, destinados a la promoción, mantenimiento o restauración del estado de salud óptimo, que permita la satisfacción de las necesidades básicas del individuo en cada una de las etapas del ciclo vital de la persona. El presente trabajo pretende fortalecer la función investigadora del profesional de enfermería dentro del contexto de investigación en salud, su título es **“Percepción de la calidad de cuidado humanizado del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2014”**, es una investigación descriptiva por que se basa en la observación de hechos o fenómenos, donde el investigador no manipula las variables, es transversal por que el estudio de la variable es simultáneo en el periodo de tiempo definido apoyado en un diseño de campo por que el investigador se dirige al lugar de los hechos. La población estuvo conformada por 66 pacientes que son atendidos en dicha institución, para la recolección de los datos se utilizó un instrumento tipo cuestionario conformado en dos partes la primera contiene el consentimiento informado y la segunda 25 enunciados con una escala de Likert con cuatro opciones de respuesta: totalmente insatisfecho, insatisfecho, satisfecho y altamente satisfecho.

La estructura del presente trabajo de investigación está organizado de la siguiente manera: Capítulo I, denominado el Problema de Investigación, que incluye, la determinación del problema, su formulación, objetivos general y específicos, justificación y propósito; Capítulo II, denominado Marco Teórico, donde se desarrollan los antecedentes al estudio y el marco teórico propiamente dicho, además de las definiciones conceptuales y operacionalización de variables; Capítulo III, denominado Hipótesis y Variables; Capítulo IV denominado Metodología, donde se describe el tipo de investigación, diseño del estudio, características de la población, plan de tabulación y análisis de la información así como los aspectos éticos; el Capítulo V, denominado Resultados y Discusión de los mismos, y finalmente el Capítulo VI, denominado Conclusiones y Recomendaciones

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Deming Edwards (1989) señala que desde hace muchos años, existe una preocupación constante en todas las instituciones de los países más avanzados por la búsqueda incesante de niveles más altos de calidad en sus productos y servicios. Lo que constituye un factor fundamental de competitividad empresarial o institucional ⁽¹⁾. Siendo calidad según el diccionario de la Real Academia Española la suma de valores agregados que se incorpora al producto o servicio a lo largo del proceso, y que los clientes le dan el valor final al expresar la satisfacción de sus necesidades y/o expectativas alcanzadas.

Es por ello que PELOZO, afirma que Calidad es un proceso que responde a las necesidades y expectativas de las personas, debe ser competente y profesional, eficiente y productiva con trato personalizado no interrumpido, efectivo y mejorado continuamente, que impacte en el cliente y en el mercado ² y AVEDIS, dice que calidad es proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan al proceso de atención en toda sus partes.³ Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores) con su cosmovisión y formación académica). Como cumplimiento a la preocupación de la

Organización Mundial de la Salud la que promulga que: “toda persona tiene derecho al más alto nivel de salud alcanzable” y ha incluido a la calidad de atención como un objetivo del macro proyecto de “salud para todos”, y ha implementado como uno de los indicadores de la calidad de atención de salud la percepción y la satisfacción de los pacientes. ⁴

El cuidado de enfermería es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y auto cuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. El origen del cuidado de enfermería está íntimamente ligado al acto de cuidar de la naturaleza humana, y en ese sentido podemos ubicar el desarrollo del cuidado de enfermería de manera paralela al desarrollo del hombre y de la humanidad, identificándolo como un recurso de las personas para procurarse los elementos necesarios para el mantenimiento de la vida y su supervivencia en condiciones de salud y/o enfermedad.

Por lo tanto la percepción de la calidad del cuidado estará en las expectativas del paciente en relación a la satisfacción de sus necesidades recibidas del profesional de enfermería, según la naturaleza del quehacer, sin dejar de ser humano, oportuno, continuo, cálido dentro de las limitaciones que pueda existir en la institución y la deficiencia del proceso de atención que experimenten.

Así tenemos, trabajos de investigación sobre percepción de la calidad del cuidado humanizado de enfermería que nos revelan datos alentadores, que el cuidado de enfermería es humanizado como los realizados por: Rivera A y colaboradores (2013) en Cartagena, Rivera Álvarez y Álvaro Triana (2007) Colombia en la clínica Country, Romero-Massa y colaboradores (2013) Colombia, Limas(V) y colaboradores (2012) Perú INEN .

Sin embargo el trabajo realizado por Quinto Vásquez, Mercedes M. (2010) Perú, Servicio de Emergencia del INEN”, revela que la mayoría de los pacientes y familiares tienen una percepción medianamente favorable a desfavorable a nivel general y en sus dimensiones referido a que la enfermera no se presenta por su nombre cuando atiende al paciente, se demora en atenderlo cuando lo requiere y brinda una atención interrumpida, mientras que un porcentaje significativo que tiene percepción favorable está dado a que la enfermera lo saluda cuando ingresa al servicio, le realiza el examen físico, le da oportunidad para que exprese sus miedos y tensiones ante el tratamiento y utiliza un lenguaje fácil de entender.” Este resultado obtenido en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) nos hace pensar que los pacientes que sufren cáncer son altamente sensibles al mínimo detalle del cuidado que reciben. De la misma manera en el Hospital de Essalud, de Huacho, Espinoza ML, et al (2010) en su trabajo encontraron baja percepción del cuidado humanizado de enfermería por parte del paciente siendo los ítems apoyo físico en un 32%, apoyo emocional en un 35%.

En varios países del mundo el cáncer constituye uno de los principales problemas de salud pública. Según la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) en el 2012 hubo más de 14 millones de casos nuevos de cáncer y más de 8 millones de muertes por esta enfermedad y el 48% de los casos de cáncer prevalentes ocurrieron en los países menos desarrollados como el nuestro.⁵

Por otro lado el cuidado de enfermería a través del tiempo ha tenido diferentes variaciones en relación a su conceptualización, interpretación y aplicación en la práctica,⁶ por lo que es importante conocer si las enfermeras tiene interiorizado el concepto de cuidado humanizado que garantice la atención de calidad evidenciado en la percepción del paciente.

La doctora Jean Watson, autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería. ⁽⁷⁾ y para humanizar la asistencia sanitaria, es necesario tener en cuenta ciertos principios referidos al amor, apoyo emocional, apoyo físico y espiritual, crear ayuda y confianza... que permita asistir las necesidades humanas en su totalidad. ⁽⁸⁾ Según esta teoría, el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera(o) y paciente”.

Los hallazgos del trabajo de Quinto Vásquez, Mercedes M. (2010) Perú, Servicio de Emergencia del INEN, en que concluye que los pacientes y familiares tienen una percepción medianamente favorable a desfavorable.

Por lo antes mencionado planteo la siguiente interrogante: ¿Cuál es la percepción de la calidad de cuidado humanizado del paciente hospitalizado en el Servicio de Cirugía Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la percepción de la calidad de cuidado humanizado del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2014?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la percepción de la calidad de cuidado humanizado del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2014.

1.3.2. Objetivos específico

a) Identificar si es humanizado el cuidado que brinda el profesional de Enfermería, en el servicio de cirugía Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, según las dimensiones sugeridas por la teórica J. Watson:

- Inculcación de la fe-esperanza.
- Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás.
- Desarrollo de una relación ayuda-confianza
- Promoción de enseñanza-aprendizaje interpersonal
- Provisión del entorno de apoyo protección
- Asistencia en la Gratificación de las Necesidades Humanas

1.4. Justificación y propósito

1.4.1. Justificación:

El presente estudio es importante, porque proporciona información de la percepción del cuidado de calidad, producto de las experiencias vividas en la interacción entre el cuidador (enfermero-a), el cuidado del paciente y su entorno recibido en el INEN, institución altamente especializada en la prevención, control y tratamiento del cáncer. Lo que permitirá ejecutar acciones, motivaciones, actitudes y sentimientos luego de seleccionar y organizar este cuidado recibido en un momento particular de su vida con el sufrimiento del cáncer, que amenaza su vida. Por lo tanto, los resultados de esta investigación orientarán a reformular y replantear nuevas formas y estilos de brindar el cuidado humanizado de calidad que trascienda en los pacientes y mejore este indicador reflejado en la acreditación internacional del INEN por la confianza en su personal de salud y de manera especial en el personal de enfermería.

Relevancia profesional

Enfermería es una profesión del cuidado que significa preocupación, desvelo por el paciente en un momento determinado de su vida, como es en el sufrimiento del cáncer, enfermedad crónica que pone en riesgo la vida del paciente. Por lo tanto la percepción de la calidad del cuidado humanizado del paciente hospitalizado en el área de cirugía del INEN, contribuirá a comprender la imagen del profesional que tienen los pacientes en relación al personal de enfermería, relacionándolo con la interacción transpersonal, enriquecida con la experiencia personal vivida en tanto satisfaga sus necesidades y motivaciones durante el cuidado.

Viabilidad y factibilidad

El presente trabajo de investigación es posible ejecutarlo en mi institución porque aún no se han realizado estudios de esta naturaleza y además existen las condiciones administrativas y asistenciales que aseguren el cumplimiento de los objetivos.

1.4.2. Propósito

El propósito del presente trabajo de investigación “Percepción de la calidad del cuidado humanizado del paciente hospitalizado en sala de cirugía oncológica” es sugerir estrategias de mejora en el accionar del personal de enfermería, a pesar de las condiciones laborales desfavorables por la recarga de actividades y falta de personal que atienda el incremento de la demanda de atención de salud en la institución por el aumento de las enfermedades Neoplásicas que requieren cirugía. Y de esta manera contribuir en la mejora de la imagen del profesional de enfermería

CAPÍTULO II

EL MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

A nivel internacional se han publicados trabajos sobre el tema:

Luz Marina Bautista (2008) Colombia, en su trabajo **“Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander Colombia”**, que propone describir la forma como algunos usuarios de la Empresa Social del Estado Francisco de Paula Santander, de Cúcuta, Colombia, hospitalizados en el servicio de especialidades médicas, percibieron la calidad del cuidado del personal de enfermería durante el segundo semestre de 2004, con una muestra de 202 usuarios del servicio de especialidades médicas. El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo transversal. Método: utilizó el instrumento Caring Assessment Questionare (Care-Q) de Patricia Larson, integrado por cincuenta preguntas divididas en las siguientes subescalas del comportamiento de la enfermera: accesible, explica y facilita, conforta, se anticipa, mantiene relación de confianza, y monitorea y hace seguimiento. Tiene como resultados: los comportamientos más importantes percibidos por los usuarios están relacionados con habilidades del personal como: administrar al paciente los tratamientos y las medicinas oportunamente, saber aplicar inyecciones, manipular equipos de uso parenteral (sueros), las máquinas de succión y otros equipos. Los comportamientos menos importantes son: preguntar al paciente cómo prefiere que lo llamen, sentarse con éste, ser jovial, ofrecer alternativas razonables y encontrar la mejor oportunidad para hablarle sobre los cambios de su estado de salud, y concluye que:

“Conocer la percepción de los usuarios permite evaluar la calidad de los cuidados ofrecidos en los servicios de salud, para ser más

competitivos y satisfacer las necesidades y expectativas de cuidado del paciente hospitalizado en el servicio de clínicas médicas.”⁹

Rivera Álvarez y Álvaro Triana (2007), Colombia, realizan el trabajo **“Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country”**, con el objetivo de describir la percepción de los comportamientos de cuidado humanizado brindados por el personal de enfermería a la persona hospitalizada y a sus cuidadores familiares en la Clínica del Country. Este es un estudio descriptivo exploratorio con abordaje cuantitativo, en una muestra de 274 personas hospitalizadas.

“Los resultados muestran que el 86.7% de las personas hospitalizadas en la Clínica del Country siempre percibieron un cuidado humanizado de enfermería; el 12.04% de las personas casi siempre percibieron un cuidado humanizado de enfermería, y el 1.09% de las personas hospitalizadas en la Clínica del Country sólo algunas veces percibieron dicho cuidado. Los hallazgos mostraron que el cuidado humanizado se percibió con los comportamientos en donde se priorizó a la persona (89.5%), se reflejaron las cualidades de la enfermera (89.4%), se destacaron las características de la enfermera (89.8%) y se atendieron los sentimientos del paciente (87.6%). Los comportamientos de cuidado que fueron percibidos en menor medida por el usuario fueron la empatía (77.7%), el apoyo emocional (79.6%), la pro actividad (80.5%) y la disponibilidad para la atención (85.4%). Se puede observar que a pesar de ser los menos frecuentes dentro del cuidado humanizado su frecuencia es relativamente alta”.

Romero-Massa y colaboradores (2013) publicaron el trabajo: **“Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados” en Colombia**. El objetivo fue determinar la percepción de cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. En el estudio descriptivo transversal 132 pacientes hospitalizados fueron encuestados mediante el instrumento PCHE

“Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería”. Los resultados mostraron que:

En cuanto a la percepción global de cuidado humanizado fue de 55,4% siempre, 35% casi siempre, 7.9% algunas veces y nunca 1.7%. Por categorías las mejores evaluadas fueron: priorizar al ser de cuidado con el 58.8%, dar apoyo emocional con 57,5% y disponibilidad para la atención con 56,2%. Conclusión: los pacientes hospitalizados, experimentaron excelente y buena percepción del cuidado humanizado brindado por enfermeras, especialmente frente a priorizar el cuidado, dar apoyo emocional, características de la enfermera y sus cualidades del hacer y disponibilidad para la atención. ⁽¹⁰⁾

Grisales NL, Valencia AM (2013) realizo un estudio en Colombia: **Cuidado humanizado. El caso de los pacientes sometidos a quimioterapia**. El objetivo fue conocer las necesidades de cuidado humanizado de los pacientes sometidos a quimioterapia. El estudio se realizó en pacientes de ambos sexos, diagnosticados con diferentes tipos de cáncer quienes recibían tratamiento de quimioterapia. Mediante el enfoque cualitativo con herramientas de la teoría fundamentada; se realizaron 23 entrevistas y se hizo diario de campo. Se encontró lo siguiente:

“Los pacientes con cáncer que están sometidos a quimioterapia tienen necesidades de cuidado humanizado. Se resaltan las necesidades emocionales, espirituales, sociales y afectivas como consecuencia del impacto de la noticia del diagnóstico y los cambios físicos notorios a los que se enfrentan estos pacientes. Emergió la categoría de deshumanización del cuidado relacionada con la información del diagnóstico y en la comunicación que el personal mantuvo con estas personas. Conclusión. El paciente con cáncer que recibe quimioterapia es un ser gravemente enfermo, con necesidades, quien requiere un cuidado humanizado por parte del personal asistencial”. ¹¹

Nacionales

En el Perú también se han realizado algunos estudios sobre la calidad de atención de enfermería y el cuidado humanizado:

Garcés (2008) en el INEN con un método diferente estudió la **“Calidad de servicio desde la percepción del usuario externo de consulta externa en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas”**. *“El 60% de los 512 pacientes entrevistados estaban satisfechos con la atención recibida y 66% manifestó que la atención médica era buena. Las pacientes mujeres tuvieron mayores niveles de insatisfacción global en la dimensión seguridad que los varones.*

Quinto Vásquez, Mercedes M. (2010) estudió la **“Percepción de los pacientes y familiares sobre la calidad del cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Emergencia del INEN”**. El objetivo fue: Determinar la percepción de los pacientes y familiares sobre la calidad del cuidado que brinda la enfermera e identificar la percepción de los pacientes y familiares según la dimensión humana, oportuna, continua y segura. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 pacientes y familiares. La técnica fue la encuesta y el instrumento la escala de Lickert modificada. Los resultados a que llegó fue el 100%, 50% tienen una percepción medianamente favorable, 30% favorable y el 20% desfavorable. La percepción de los familiares fue, 53%(16) medianamente favorable, 37%(11) favorable y (10%) desfavorable.

“En conclusión, la mayoría de los pacientes y familiares tienen una percepción medianamente favorable a desfavorable a nivel general y en sus dimensiones referido a que la enfermera no se presenta por su nombre cuando atiende al paciente, se demora en atenderle cuando lo requiere y brinda una atención interrumpida ,mientras que un

porcentaje significativo que tiene percepción favorable esta dado a que la enfermera le saluda cuando ingresa al servicio, le realiza el examen físico, le da oportunidad para que exprese sus miedos y tensiones ante el tratamiento y utiliza un lenguaje fácil de entender.”⁽¹²⁾

Limas V, Legua G y Franco J, (2012) estudiaron la **“Opinión del paciente oncológico sobre la interacción, participación y afecto del cuidado enfermero, INEN-2012”**. El objetivo fue conocer la opinión del paciente oncológico sobre interacción, participación y afecto del cuidado enfermero. El estudio cuantitativo, descriptivo-corte transversal, en 182 pacientes hospitalizados del servicio de cirugía, en una muestra aleatoria simple mediante un cuestionario reportó:

“Encontraron un 45% de los pacientes satisfechos del cuidado enfermero. La satisfacción con el cuidado global, las dimensiones interacción y afecto estaban asociados estadísticamente ($p \leq 0.05$) con el nivel de instrucción, la condición social y el grado de actividad. La dimensión participación del cuidado estaba asociada estadísticamente ($p \leq 0.05$) con la condición social y el grado de actividad. De los 24 ítems, el promedio más alto fue “la enfermera ayuda o colabora en su recuperación” obtiene 2,35 puntos, (DS: 0,83); y mientras el promedio más bajo fue “Lo felicita cuando recuerda las indicaciones que debe seguir” con 1.65 puntos. (DS: 0,70) Se trabajó con un nivel de significancia estadística del 5%. El valor alfa de crombach fue: 0.96. En conclusión los pacientes manifiestan estar satisfechos en relación con la atención recibida del cuidado enfermero. Las dimensiones que más predominan y donde se sienten más satisfechos es la dimensión de interacción y afecto”.

Espinoza ML, Huerta BK, Pantoja QJ, Velásquez CW, y col. (2010) realizaron el trabajo **“El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho”**. El estudio descriptivo de tipo transversal se

realizó una encuesta a 65 pacientes mayores de 18 años, con un tiempo mayor de 24 horas de hospitalización. Los resultados muestran que:

“Algunas veces se percibe un 44% de apoyo en el cuidado, un 47,7% de apoyo emocional, un 35,4% de apoyo físico, un 32,2% de cualidades de enfermería, un 30,8% de pro actividad, un 52,3% de empatía y un 55,4% de disponibilidad en el cuidado. Un 36,9% nunca percibió una priorización en su cuidado. Se concluye, pues, que existe una baja percepción del cuidado humanizado por parte del profesional de enfermería hacia los pacientes, lo que evidencia una atención de baja calidad.”⁽¹³⁾

2.2. Marco teórico

1. Percepción

Según Matlin y Foley, la percepción “Incluye la interpretación de las sensaciones, dándoles significado y organización”. ⁽¹⁴⁾ Para Feldman es “La

organización, interpretación, análisis e integración de los estímulos, implica la actividad no solo de nuestros órganos sensoriales, sino también de nuestro cerebro".⁽¹⁵⁾

La psicología clásica de Neisser nos dice que "es un proceso activo constructivo en el que el preceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecúe o no a lo propuesto por el esquema. Se apoya en la existencia del aprendizaje".⁽¹⁶⁾

Para la psicología moderna, la interacción con el entorno no sería posible en ausencia de un flujo informativo constante, al que se denomina percepción. La percepción puede definirse como "el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanzan a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuemos con él y nuestros propios estados internos".⁽¹⁷⁾

✓ **Características de la percepción**

- **Subjetiva**

Las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro.

- **Selectiva:**

La percepción es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir.

- **Temporal**

Es un fenómeno a corto plazo. La forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias, o varían las necesidades y motivaciones de los mismos.

Y se compone de dos tipos de inputs, que son las sensaciones y los inputs internos.

✓ **Componentes de la percepción**

- **Las sensaciones**

Las sensaciones que son la respuesta de los órganos sensoriales a los estímulos externos. La sensibilidad de los individuos a los estímulos depende de su capacidad receptiva y de la naturaleza del estímulo.

- **Los inputs internos**

Los inputs internos que caracterizan a cada persona y que cargan de distinto significado a los estímulos; algunos de ellos son la necesidad, motivación y experiencia. ⁽¹⁸⁾

✓ **Proceso de la percepción**

- **Selección**

Se refiere cuando el individuo percibe parte de los estímulos que recibe de acuerdo con sus características personales, es decir, que interviene, aunque sea de forma inconsciente seleccionando los mensajes que le llegan. Generalmente los individuos perciben de forma distorsionada los mensajes, captando sólo los aspectos agradables o los que responden a sus necesidades e intereses.

- **Organización**

Acá los estímulos seleccionados se organizan y clasifican en la mente del individuo configurando un mensaje. La escuela de la Gestalt estableció

unos principios de organización de los estímulos según el agrupamiento, contraste, ambigüedad, etc.

- **Interpretación**

En esta fase proporciona significación de los estímulos organizados. La interpretación depende de los factores internos de la persona, de su experiencia e interacción con el entorno.

2. Calidad

Definición

Calidad es un proceso que responde a las necesidades y expectativas de las personas, debe ser competente y profesional, eficiente y productiva con trato personalizado no interrumpido, efectivo y mejorado continuamente, que impacte en el cliente y en el mercado. ¹⁹

Según la Real Academia Española la calidad significa ⁽²⁰⁾:

“Cada una de las circunstancias o caracteres, naturales o adquiridos, que distinguen a las personas o cosas. Manera de ser de una persona o cosa. Calidad es; propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permite apreciarlas como igual, mejor o peor, que las restantes de su especie.”

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad como:

“El conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta

todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, logrando, un resultado con el mínimo riesgo de efectos, y la máxima satisfacción del paciente". (21)

Según Avedis Donabedian (1984):

"La calidad es proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes".

Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores) con su cosmovisión y formación académica. (22)

Dimensiones de calidad del cuidado

El cuidado de enfermería ha sido definido por muchas teóricas y filósofos; pero podemos afirmar que la primera gran teórica, ejemplo y mito de la enfermería es Florence Nightingale, quien estructuró los primeros conceptos de la profesión y diseñó los caminos de la investigación científica en enfermería, enfatizando la observación sistemática como instrumento para la implementación del cuidado. (23)

Medir la satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería, según Donabedian, es uno de los indicadores de calidad de la satisfacción global del paciente durante su estancia en el hospital. En estudios realizados en diferentes medios se confirma que los pacientes consideran prioritarios, en la atención que reciben, la empatía y la capacidad de respuesta a sus demandas, la información que reciben, el respeto por sus valores, sus preferencias, la rápida atención y la posibilidad de expresar sus necesidades. (24,25,26) Esto confirma las teorías que consideran que los aspectos relativos al proceso son más decisivos que los relacionados con los resultados, teniendo en cuenta la calidad de la atención más que el tiempo dedicado a ésta; además, todo ello tiene una relación compleja con la edad del paciente. (27,28,29)

- **Componentes de la calidad**

Según A. Donabedian ⁽³⁰⁾ la calidad de los servicios sanitarios tiene tres componentes fundamentales:

- ✓ **Componente técnico:** hace referencia al conjunto de elementos que forma parte del proceso de prestación de servicios de salud, como la expresión de la adecuación de la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacidad de los profesionales; la estructura física, servicios, que implica la ejecución de todos los procedimientos a través de 6 aspectos fundamentales: Eficiencia, Competencia Profesional, Efectividad, Continuidad, Accesibilidad y Seguridad.
- ✓ **Componente interpersonal:** se refiere a las relaciones que se muestra entre el profesional y el paciente, así como la circulación de la información de carácter logístico y sanitario. Es decir es el grado de interacción y comunicación que se da entre el paciente y el personal de salud, que involucra una adecuada relación interpersonal en el cual debe existir confianza y respeto, empatía, cordialidad, claridad en el lenguaje y veracidad en la información que brinde influyendo determinantemente en la satisfacción del paciente.
- ✓ **Componente del entorno** (confort): está dado por las condiciones de comodidad que se ofrece en un establecimiento de salud, es el conjunto de cosas y circunstancias que permiten al paciente sentirse a gusto, como: el orden, la ventilación e iluminación, el suministro adecuado de alimentos, el cuidado de la privacidad, los servicios públicos adecuados (teléfono, señalización, limpieza y orden de los ambientes).

A partir de este análisis numerosos autores han postulado las dimensiones que abarca la calidad, siendo la clasificación más conocida la de H. Palmer que incluye ⁽³¹⁾:

- **Efectividad:** Capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para obtener los objetivos propuestos.- **Eficiencia:** La prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados por unidad de recursos utilizada.

- **Accesibilidad:** Facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc.

- **Aceptabilidad:** Grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención.

- **Competencia profesional:** Capacidad del profesional para la mejor utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios. Uno de los debates más interesantes en este ámbito es la discusión sobre si los costes deben formar parte de la definición de calidad. Mientras algunos autores mantienen la necesidad de separar ambos conceptos para poder interrelacionarlos (Pe: calidad/unidad de coste) otros incluyen la eficiencia en el centro de la definición de calidad postulando que si no se da, no tiene sentido la discusión sobre calidad.

- **Objetivos de la calidad**

Un sistema de gestión de la calidad (SGC) requiere que sus objetivos sean medibles, y también coherentes con la Política de la Calidad y la Planificación Estratégica establecidas por la organización. Lógicamente, entonces, para establecer estos objetivos la empresa debe analizar en profundidad su política de la calidad. Dicho de otro modo, este análisis debe orientarse a examinar qué es lo que desea lograr la empresa con su SGC. En este sentido, la finalidad primordial que debe guiar el funcionamiento del SGC es, sin dudas, poner en marcha el Proceso de Mejora Continua en la organización.

- ✓ **Proceso de Mejora Continua**

El Proceso de Mejora Continua está compuesto por un conjunto de actividades realizadas cíclicamente con la intención de dirigir la organización en la dirección de la Política de la Calidad.

La norma ISO 9001:2008 establece que la estrategia al nivel más alto se encuentra definida por la Política de la Calidad, la cual debe ser una declaración sincera de la Dirección en la que se definen las ideas, nociones y conceptos más importantes vinculados con el SGC, en los que cree y está dispuesta a dedicar los recursos de la organización necesarios para concretarlos.

La Política de la Calidad debe sentar las bases para establecer y revisar los Objetivos de la Calidad, que representan los hitos que la organización debe establecer en su travesía hacia la Política de Calidad.

✓ **Definir y establecer los Objetivos**

La norma ISO 9000:2005 define a los Objetivos de Calidad como “algo ambicionado o pretendido relacionado con la Calidad”.

También se requiere que lo que se pretende alcanzar esté expresado en términos que permitan claramente determinar si se ha conseguido o no lo propuesto, algo que resulta posible sólo si los Objetivos de la Calidad son medibles, objetivamente comprobables.

Por ejemplo, el objetivo ***“mejorar la calidad del producto”*** así expresado no permite determinar si se ha conseguido o no lo propuesto. Resulta necesario entonces definir también cuánto, en qué medida se desea mejorar la calidad del producto.

Otro aspecto importante a considerar es que los Objetivos de la Calidad deben establecerse en los niveles y funciones pertinentes, asignándolos

a las personas correspondientes a fin de que resulte un instrumento para la mejora. Los Objetivos tienen el cometido de concretar qué se desea conseguir, y son los elementos que sirven de referencia a las personas que tienen responsabilidad sobre los procesos que han de posibilitar alcanzar los retos planteados.

La norma ISO 9001:2008 requiere que la Dirección asuma la responsabilidad de “asegurar que se establecen Objetivos de la Calidad”. De este modo, y a diferencia con la Política de Calidad, los Objetivos no deben ser necesariamente definidos por la Dirección, aunque sí tutelados y revisados por ella.

Es totalmente válido, y además recomendable, que los principales responsables de cada área de la organización establezcan objetivos en sus secciones, o mejor aún, que todos juntos definan objetivos comunes, de acuerdo con los procesos que atraviesan sus departamentos, y que posteriormente, en base a los objetivos generales, se deduzcan objetivos específicos a cumplir por cada área (funciones) para lograr el resultado general.

Si bien la Norma ISO 9001:2008 no establece un vínculo directo entre la Revisión por la Dirección y los Objetivos de la Calidad, resulta adecuado que los resultados de la revisión se presentarán en forma de objetivos a conseguir, y que las acciones y decisiones indicadas fueran acciones y decisiones para conseguir dichos objetivos.

Finalmente, al momento de establecer objetivos, es conveniente tener en cuenta:

- las necesidades actuales y futuras de la organización,
- las necesidades actuales y futuras de los mercados en los que se actúa,
- los hallazgos pertinentes de las revisiones por la dirección,
- el desempeño actual de los productos y procesos,

- los niveles de satisfacción de las partes interesadas,
- los resultados de las auto evaluaciones,
- estudios comparativos (benchmarking),
- análisis de los competidores,
- oportunidades de mejora, y
- recursos necesarios para cumplir los objetivos.

✓ **Documentar los Objetivos**

A modo de ejemplo, seguidamente se presenta una plantilla o formato que se puede utilizar para documentar los objetivos de una organización. La estructura de este formato está preparada para contener la información mínima para la definición y puesta en funcionamiento de un plan de mejora basada en el establecimiento de objetivos. Dicha información se estructura en 3 partes:

1. Definición de lo que se desea conseguir y cuándo
2. Definición del plan de acciones a realizar
3. Seguimiento de los resultados obtenidos

1. **Definición de lo que se desea conseguir y cuándo.**

Es habitual que el objetivo se establezca tomando como base un indicador de la empresa. En esta parte se deben introducir los datos referentes a la descripción del objetivo, el estado actual (indicar cuál es el estado de partida de la organización con respecto al objetivo que se plantea), y por último la fecha límite para cumplir el objetivo planteado.

OBJETIVO	FECHA INICIO	SITUACIÓN INICIAL	FECHA LÍMITE

2. **Definición del plan de acciones a realizar para conseguir el objetivo.**

Lo que se desea conseguir, ya definido en el paso anterior, requiere ser traducido en acciones tangibles: qué se ha decidido hacer, quién lo va a hacer y cuándo.

ACCIONES PARA CONSEGUIR EL OBJETIVO		
FECHA	ACCIONES	RESPONSABLE/S

3. Seguimiento de los resultados obtenidos.

Para que los planes tengan éxito, y en especial cuando se trata de planes de mejora, es imprescindible disciplina y control, que se expresan mediante el seguimiento del plan. En esta etapa deberían incorporarse elementos como la figura de un responsable de la coordinación del plan, y un calendario de reuniones de seguimiento (coordinadas por el coordinador). Para realizar el seguimiento de cada tema en concreto, la forma más simple es apuntar la fecha y escribir un comentario sobre ello.

SEGUIMIENTO	
FECHA	COMENTARIOS

Según Eriksen (1988), las dimensiones de la calidad del cuidado de enfermería pueden ser integradas por: el arte del cuidado, la calidad técnica del cuidado, la disponibilidad, la continuidad del cuidado y el resultado del cuidado. ⁽³²⁾

El arte del cuidado de enfermería se enfoca en la cantidad de cuidado demostrado por el proveedor del cuidado de salud, incluye los elementos de cortesía en el trato, comprensión del paciente, paciencia

con el usuario, atención al paciente, amabilidad, ser cordial con el paciente, uso de terminología clara, escuchar los temores del paciente y la privacidad proporcionada por la enfermera al paciente.

La calidad técnica del cuidado se refiere a las destrezas técnicas y habilidades de los proveedores, así como a la calidad y modernidad del equipo. Las conductas positivas incluyen la habilidad del proveedor para realizar procedimientos, cuidado y experiencia en la atención del usuario, perfección, entrenamiento, atención a los detalles, evitando errores, dando buenas indagaciones, y proporcionando claras explicaciones a los pacientes. Las conductas negativas incluyen: deficiencias del equipo y métodos obsoletos y tomar riesgos inherentes

La disponibilidad se enfoca tanto en el servicio como en el personal y se refiere al cuidado que proporciona el personal de salud y las facilidades que se tienen para ello, incluye los elementos como la cercanía de la enfermera con el paciente para solucionar algún problema o situación que no puede resolver por sí mismo, revisión del paciente de las condiciones de higiene y cambio de ropa.

Continuidad del cuidado está definida en términos de la entrega del cuidado sin interrupción, desde la misma facilidad del equipo o del proveedor. Incluye el conocimiento del estado de salud del paciente, proporcionar al paciente lo que requiere para satisfacer sus necesidades, valorar al paciente asignado varias veces por turno, proporcionar el cuidado a los pacientes asignados a cada enfermera.

Resultado del cuidado se refiere a la eficacia del tratamiento en el mejoramiento o mantenimiento del estado de salud, incluye hacer sentir bien al paciente, calmarle inmediatamente el dolor cuando es necesario, tranquilizarlo, proporcionarle seguridad, mantenerlo limpio, cómodo y con ropa seca.

La percepción que tiene el personal de enfermería de la calidad del cuidado que proporciona al paciente se relaciona con variables socio

demográfico como: edad, antigüedad laboral y escolaridad. La percepción en el paciente de la calidad del cuidado de enfermería está relacionada con la edad, sexo y escolaridad son factores que modifican la percepción de los pacientes (Huber, 2002).

3. Enfermería

✓ Definiciones

El concepto de enfermería ha sufrido cambios y modificaciones con los años debido a la evolución de la sociedad, tecnología y ciencia en general.

Florence Nightingale inicia conceptualizando a la “Enfermería como algo que no es meramente técnica sino un proceso que incorpora alma, mente e imaginación creativa, el espíritu sensible y comprensión inteligente que constituye el fundamento real de los cuidados de enfermería”.⁽³³⁾

Posteriormente Virginia Henderson en 1960 conceptualiza “la enfermería como el conjunto de actividades que contribuyen a recuperar la independencia del ser humano lo más rápidamente posible”.⁽⁴¹⁾

Sor Callista Roy define la enfermería como “un sistema de conocimientos teóricos que prescriben un proceso de análisis y acción relacionados con los cuidados del individuo real o potencialmente enfermo”.⁽⁴¹⁾

En la actualidad según la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en su intervención en el último Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería en Noviembre del 2004 refirió que “Enfermería es una profesión centrada en la concepción holística de la persona, que ostenta una práctica integral, preventivo-promocional y recuperativa; que trabaja con seres humanos, familias, grupos, comunidades y sociedad en conjunto, se constituye en un grupo estratégico para liderar e impulsar importantes transformaciones que se

requieren en salud, tales como la humanización de la atención, los cambios de paradigmas teniendo como eje la promoción de la Salud, la participación de los usuarios en la gestión, la creación de nuevos espacios y modalidades para la atención, entre otros”.

✓ **Funciones**

Las funciones del personal de enfermería son múltiples y en el caso concreto del cáncer que es una enfermedad de alcance universal, el rol del personal de enfermería es de elevada trascendencia, ya que esta enfermedad es considerada la segunda causa de Mortalidad en los Países desarrollados, tanto en adultos como en niños, y no distingue sexo, raza, nivel cultural, o social. Como sabemos, el cáncer incluye a un extenso grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento excesivo y descontrolado de células que invaden y lesionan tejidos y órganos, provocando finalmente la muerte.

La presentación del cáncer se relaciona con diversos factores de riesgo y exige distintas estrategias de tratamiento según la localización y progresión de la enfermedad.

Es evidente el progreso que se realiza en forma constante, sobre esta patología, siendo la quimioterapia una de las mejores estrategias terapéuticas para controlar el cáncer. Por ello la quimioterapia constituye la principal forma de tratamiento en la enfermedad diseminada y una de las más importantes en determinados tumores clínicamente localizados.

Funciones asistenciales de enfermería

- Valoración inicial y plan de cuidados a medio y largo plazo.
- Valoración focalizada de signos y síntomas antes, durante y al finalizar el tratamiento.
- Realizar el PAE, con método científico de la profesión.
- Registrar en la hoja de enfermería, toda la información disponible de los problemas identificados: el tipo de tratamiento, nombre del

protocolo, laboratorio, escala numérica de performance y dolor, tipo de acceso venoso, la administración de medicamentos y su evolución.

- Registrar en el reporte de enfermería, apellido y nombre del paciente, protocolo de medicación y tipo de acceso.
- Identificar, comunicar, y efectuar acciones en pacientes con alteraciones de los signos vitales durante el tratamiento.
- Coordinación con el resto del equipo de las acciones que se deben emprender ante puntuales cambios clínicos.
- Estricto cumplimiento de protocolos terapéuticos y cuidados.
- Mantener una comunicación fluida y buen trato con el paciente y la familia. Establecer una relación.

Funciones de la enfermera del departamento de enfermería del INEN

A continuación transcribimos las funciones asignadas al Departamento de Enfermería, según Artículo 53º del Reglamento de Organización y Funciones del INEN.³⁴

Artículo 53º. - El Departamento de Enfermería es la unidad orgánica encargada de proporcionar el apoyo técnico especializado de cuidados de enfermería para la atención integral, oportuna y permanente en el proceso de protección, recuperación y rehabilitación de la salud de los pacientes en la atención ambulatoria, hospitalización e intervenciones quirúrgicas, de acuerdo al diagnóstico y tratamiento médico prescrito; así como de lograr la capacitación correspondiente de los recursos humanos que sean y/o necesarios para tal fin. Depende de la Jefatura y tiene asignadas las siguientes funciones:

- a) Proponer a la Jefatura la formulación y diseño de metas y estrategias de investigación, docencia y atención de enfermería oncológica para el logro de los objetivos institucionales, en el marco de la normatividad vigente.

- b) Planear, proponer, ejecutar y evaluar los planes y programas de enfermería oncológica que se establezcan según el marco normativo vigente.
- c) Elaborar, proponer, difundir y cumplir las normas de enfermería oncológica, según las normas técnicas oncológicas, en el marco del tratamiento multidisciplinario del cáncer, en concordancia con la formalidad prescrita por el Sector Salud y en coordinación con la Dirección de Control del Cáncer.
- d) Diseñar, proponer y ejecutar programas educativos y de formación especializada de recursos humanos en enfermería oncológica en el marco de las normas vigentes y en coordinación con la Dirección de Control del Cáncer.
- e) Actualizar e innovar permanentemente los registros de enfermería, indicadores, guías y estándares de calidad de la atención de enfermería oncológica al paciente del /NEN en el marco de los procesos asistenciales institucionales.
- f) Brindar cuidado integral de enfermería oncológica al paciente del INEN en el marco del tratamiento prescrito y de los procesos asistenciales institucionales establecidos.
- g) Apoyar la formulación y ejecución de los programas preventivo-promocionales, en el campo de su especialidad cuando le sea requerido por la Dirección de Control del Cáncer en el marco de los Programas institucionales vigentes.
- h) Formular, proponer y ejecutar los programas institucionales de capacitación especializada en enfermería, en el marco de las normas y programación institucional pertinente.
- i) Capacitar con nuevos conocimientos científicos y tecnológicos en enfermería oncológica a profesionales y técnicos en salud requeridos en el sector, en el marco de los programas institucionales vigentes.

- j) Investigar, innovar permanentemente, proponer y ejecutar las tecnología/as y los procedimientos asistencia/es en enfermería oncológica, en el marco de la normatividad vigente.
- k) Planear, proponer, organizar y promover el diseño y ejecución de protocolos de investigación, según el marco normativo vigente en coordinación con la Dirección de Control del Cáncer.
- l) Prestar el apoyo técnico que solicite la Dirección de Control del Cáncer para la asesoría a los servicios de salud oncológicos en el campo de su especialidad.
- m) Coordinar y proponer estrategias para la disminución de riesgos laborales en el personal de enfermería con las unidades orgánicas correspondientes.
- n) Administrar los medicamentos y drogas a los pacientes según la prescripción médica, así como la adecuada nutrición en los casos pertinentes.
- o) Establecer las condiciones para disminuir los riesgos de enfermedades y mortalidad de los pacientes.
- p) Mantener los registros y reportes sobre las ocurrencias e información de los pacientes para facilitar su diagnóstico y tratamiento.
- q) Apoyar la formulación de documentos de gestión que le sean encargados por la Jefatura, según las directivas y normas técnicas pertinentes y en coordinación con la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto.
- r) Mantener el control previo, concurrente y posterior en el ámbito de su competencia y responsabilidad.
- s) Las demás funciones que le asigne la Jefatura en el ámbito de su competencia.

✓ **Perfil de la enfermera oncológica**

Según la Universidad Nacional Mayor de San Marcos el perfil profesional de la enfermera especialista en oncología es:

- a) Administrar cuidados de enfermería altamente especializada a la persona, la familia y la comunidad.
- b) Realizar investigaciones que contribuyan a mejorar la ciencia y tecnología en Enfermería.
- c) Gerenciar servicios de Enfermería con eficiencia, eficacia y calidad, orientado a la satisfacción plena del usuario.
- d) Realizar docencia en el área de su especialidad.
- e) Brindar asesoría y consultoría en el área de su especialidad.
- f) Tener capacidad de brindar atención integral al paciente oncológico y su familia durante los procesos de diagnóstico, tratamiento oportuno y rehabilitación de la enfermedad.
- g) Demostrar experiencia en la ejecución de procedimientos especializados de diagnóstico y/o tratamiento al paciente oncológico en cirugía, quimioterapia y radioterapia.
- h) Demostrar capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad interpersonal, capacidad de construir relaciones).

✓ **Competencias**

La enfermera de oncología ha ido evolucionando en el tiempo. Hoy en día la enfermera oncológica debe creer en el valor del equipo, en su capacidad de planificar, prever y adelantarse a las complicaciones, en el valor de la educación y el apoyo emocional. Debe potenciar la intervención de la familia y acompañar al paciente durante su proceso buscando la continuidad de atención y la toma de decisiones compartidas.

Según la Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO) se definen los cuidados en oncología como: “La prestación de servicios enfermeros profesionales y competentes al individuo, familia o comunidad en todo el continuum salud-enfermedad, desde la prevención del cáncer a los cuidados del enfermo en situación terminal. Para ello, la enfermera

oncológica desarrolla sus funciones de asistencia, docencia, gestión e investigación, utilizando un método científico que le permite identificar y tratar respuestas humanas y determinar la influencia de sus servicios en la evolución física, psicosocial y espiritual del cliente”.⁽³⁵⁾

Partiendo de los estándares de la práctica, se pusieron las bases de lo que hoy se denomina competencias específicas para enfermería oncológica que capacitarían a la enfermera generalista para ofrecer un cuidado especializado en oncología.

Dichas competencias implican asumir un marco de referencia y valores propios cuyos fundamentos están ligados a una manera concreta de ver a la persona, la salud, el equilibrio con su entorno y el cuidado. El paciente se convierte en cliente y en el auténtico protagonista en torno al cual giran todas las intervenciones:

- Proporcionar atención integral al paciente y familia, respondiendo a sus necesidades individuales.
- Propiciar los máximos niveles de recuperación de la autonomía del individuo enfermo, alentándole a participar activamente en el proceso, a pesar de los límites impuestos por su enfermedad.
- Promover el desarrollo de la persona, impulsando la capacidad de adaptación y crecimiento del individuo, desde el momento del diagnóstico y hasta la situación terminal.
- Establecer una relación terapéutica y de apoyo hacia el cliente y su familia. En el ejercicio del cuidado nos convertimos en sus aliados, sus colaboradores a lo largo del proceso, como un compromiso de acompañamiento que se hace presente en todas las actividades enfermeras, sea cual sea su situación clínica.
- Contribuir a una atención especializada, mediante el seguimiento clínico, la prevención, detección y control de síntomas, el uso de la tecnología propia y la administración segura y correcta de tratamientos complejos.

- Elaborar protocolos de actuación propios para el manejo de problemas más frecuentes.
- Colaborar en la relación interdisciplinar efectiva, imprescindible para lograr el éxito de las estrategias terapéuticas.
- Garantizar la continuidad de la atención, estableciendo una mayor coordinación e interrelación entre las diversas áreas y niveles del sistema. Esto exige un crecimiento constante y un talante de cambio y renovación permanente, así como avanzar en el propio conocimiento de los fenómenos de interés para la disciplina.
- Promover actividades de búsqueda e investigación, destinadas a mejorar los fundamentos de los cuidados basados en la evidencia.
- Mantener e implementar los conocimientos clínicos y las habilidades técnicas y de comunicación mediante el estudio y la formación continuada.
- Actualizar la práctica clínica mediante el contacto con otros profesionales.

4. Cuidado definiciones

✓ Cuidado de enfermería

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y cuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente.

Sin embargo, existen situaciones que influyen en el quehacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de ésta, es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano. Por tal motivo, surge la necesidad de reflexionar acerca del cuidado de enfermería, ya que éste repercute y forma parte de la producción de los servicios sanitarios, considerados imprescindibles para conseguir algunos resultados finales tales como, el alta, la satisfacción y menor estancia hospitalaria del paciente, mayor productividad, eficiencia

y eficacia del profesional y el mantenimiento de la calidad de la atención, entre otros.

✓ **Características de cuidado de enfermería**

El cuidado del ser humano es la esencia de la práctica de enfermería, para Watson el objetivo de enfermería consiste “en facilitar la consecución a la persona de un mayor grado de armonía entre mente, cuerpo y alma que engendre procesos de autoconocimiento, respeto a uno mismo, autocuración y auto cuidado al tiempo que alienta un aumento de la diversidad, protección y preservación de la dignidad humana”. ⁽³⁶⁾

En nuestra sociedad contemporánea se siente cada día más la necesidad de humanizar el cuidado al paciente con la finalidad de sensibilizar al profesional de la salud ante los problemas psico-sociales que el paciente trae cuando está enfermo; además es preciso reflexionar que en nuestra actualidad, la ciencia y la tecnología están avanzando, y se están dejando de lado la actitud humanitaria en los profesionales de salud. ⁽³⁷⁾

La necesidad de cuidados de enfermería tiene carácter universal legitimado por la sociedad, y como tal corresponde a los profesionales de enfermería velar porque este servicio sea brindado bajo unos criterios no sólo de excelencia científica sino con un gran sentido de humanitarismo y exigencia ética.

La excelencia científica, combinación de ciencia y tecnología, no es un fin en sí misma, es sólo un medio, el componente físico, la expresión tangible del cuidado de enfermería. En tanto que la dimensión moral del ejercicio profesional es la que enaltece y favorece la autorrealización de la enfermera, de su proyecto de vida, de la ratificación de la coherencia que debería existir entre el Yo, individuo profesional, y la finalidad como ser profesional, la afirmación como sujeto profesional. ⁽³⁸⁾

Los códigos éticos establecen las reglas y principios que definen el sentido de una institución, organización, profesión, disciplina, etc., y por tanto, definen el marco normativo, el criterio de orientación para lo que es correcto o no lo es, para lo que los miembros de esa sociedad permiten o aceptan como correcto.

*El cuidado de enfermería es una **acción humana** que comporta en sí una dimensión ética que se revela en la intención del cuidado. De entre las diferentes opciones de acción, el enfermero escogerá aquella que contribuirá al cuidado del enfermo sin producirle daño. La elección del cuidado es el resultado de un proceso decisorio consciente y deliberado que presupone el reconocimiento de lo que se pretende hacer, de lo que se es capaz de hacer y de lo que se puede llegar a hacer. La libertad para escoger la acción impone al enfermero el deber de actuar según los principios y deberes que rigen la profesión; su poder para actuar se transforma en un poder del deber de cuidar.*

La enfermera(o) debe comprender que su labor principal es diagnosticar las reacciones humanas, esto incluye brindar una atención en forma cálida, respetando los valores éticos del paciente. Retomando lo que constituye el gran reto de la ética en el mundo de la salud, cabe recordar las palabras del profesor español Laín Entralgo quien decía: “que en la relación enfermero-paciente se genera una singular amistad, que requiere el ejercicio del respeto por la persona humana, actitudes de amabilidad, empatía, interés por sus necesidades afectivos, paciencia y comunicación adecuada durante la relación enfermera(o)-paciente” ⁽³⁹⁾

Debe existir entre los profesionales de la salud y el paciente una verdadera amistad, que convierta a la enfermera(o) en un ser humano, perito en la ciencia y el arte de cuidar. No se puede negar la existencia de una frecuente crítica a la deshumanización en la atención de la salud; crítica que señala aspectos como la indiferencia ante las necesidades emocionales de los pacientes, la despersonalización de los sanitarios, el

insuficiente respeto ante la autonomía y la capacidad de decisión de los enfermos que deberían ser, los principales protagonistas de un proceso que a nadie afecta tanto como a ellos mismos. Los términos de deshumanización y despersonalización, hacen referencia, sobre todo, al grado de considerar como un objeto más al enfermo durante la atención brindada, la ausencia de calor en la relación humana queda claro que los profesionales sanitarios necesitamos mantener una distancia afectiva con los enfermos, sin embargo éstos no deben experimentar esta falta de sentimientos visibles, como una negación de humanidad.

✓ **Calidad del cuidado**

En este sentido, el papel de la enfermera es pues, según esta teoría, complementario-suplementario. Este papel consiste en suplir lo que al paciente le hace falta para hacerlo completo, total, independiente. En forma de ejemplo la enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor de la vida para el suicida, la pierna del amputado, los ojos del que ha quedado ciego, un medio de locomoción para el niño, conocimiento y confianza para la madre joven, un portavoz para los demasiados débiles o introvertidos y desde la intención más humilde un instrumento de la voluntad divina.

✓ **Dimensiones de la calidad del cuidado**

Mayeroff,⁽⁴⁰⁾ describe ocho componentes y/o dimensiones del cuidado que toda persona que pretende brindar cuidado debe de conocerlos y aplicarlos, para que el paciente se sienta realmente satisfecho del cuidado recibido así como ella misma. Los principales componentes del cuidado según este autor son:

Conocimiento

Para cuidar a alguien necesito tener información almacenada mediante experiencia o el aprendizaje. Para ello debo conocer muchos aspectos

relacionados con el cuidado, es decir debo conocer quién es el otro, cuáles son sus potencialidades y limitaciones, cuáles son sus necesidades y que lo conduce a su crecimiento, y es preciso conocer lo mismo de mí.

Ritmos alternados

No puedo cuidar apenas por hábito, debo ser capaz de aprender a partir de mi pasado .Veo cuantos comprenden mis acciones, si ayudé o no, y a la luz de los resultados mantengo o modifico mis resultados, mantengo o modifico mi comportamiento de modo que pueda ayudar mejor al otro.

Paciencia

Paciencia es la capacidad que tiene una persona para tolerar o soportar una determinada situación sin experimentar nerviosismo ni perder la calma.

La paciencia es un componente importante del cuidado: yo dejo al otro crecer en su propio tiempo y de su propia manera, con paciencia yo doy tiempo y por lo tanto posibilito al otro a encontrarse a sí mismo en su propio tiempo, la paciencia incluye la tolerancia , la tolerancia expresa mi respeto por el crecimiento del otro.

Sinceridad

Sinceridad es la virtud que tiene una persona de expresarse sin mentiras ni fingimientos.

En el cuidado soy sincero al intentar ser verdadero. Al cuidar del otro debo ver al otro como es él y no como me gustaría que fuese, o como siento que debe ser, si voy a ayudar a crecer debo corresponder a sus necesidades de cambio. Pero además de ver al otro como es, debo de verme a mí como soy, yo sincero al cuidar no por conveniencia si no porque la sinceridad es parte integrante del cuidado.

Confianza

Confianza es la seguridad o esperanza firme que una persona tiene de otro individuo o de algo.

El cuidado implica confiar en el crecimiento del otro en su propio tiempo y de su propia manera. Al cuidar de otra persona confié en que él va a errar y aprender de sus errores. Confiar en el otro es dejarlo en libertad, esto incluye un elemento de riesgo y un salto a lo desconocido, y ambos exigen coraje.

Humildad

Humildad es la virtud de la persona que le permite reconocer sus propias limitaciones y debilidades. La persona humilde no es soberbia.

El hombre que cuida es humilde cuando se dispone a aprender más sobre el otro y sobre sí mismo y sobre aquello que el cuidado comprende.

Una actitud de tener nada más que aprender es incompatible con el cuidado, la humildad también está presente al tomar conciencia de que mi cuidado específico no es solo para algún privilegiado. Lo que es significativo en última instancia no es si mi cuidado es más importante que su cuidado; pero sí que el hombre es capaz de cuidar y que tenga algo de que cuidar. La preocupación en saber cuál es el cuidado más valioso me desvía del cuidado.

Esperanza

Esperanza es el estado de ánimo en el que creemos que lo que se desea o se pretende puede ser posible. No debe ser confundido con la esperanza irrealizable ni con las expectativas infundadas. Tal esperanza es una expresión de plenitud del presente, un presente vivo con una sensación de posibilidades. Al contrario, donde no hay posibilidades de nuevo crecimiento habrá desespero.

Coraje

Coraje es una virtud humana que consiste en la fuerza y el valor ineludible para conseguir algo. El coraje impregna a la persona una gran fuerza de voluntad que le permite conseguir algo inalcanzable. Confiar en el crecimiento del otro y en mi propia capacidad de cuidar me da coraje para lanzarme a lo desconocido, pero también es verdad que sin

el coraje de lanzarme a lo desconocido tal confianza sería imposible. Es claro que mientras mayor sea el coraje para lanzarse a lo desconocido mayor será el coraje exigido para cuidar. ⁽⁴¹⁾

✓ **Teorías del cuidado de enfermería**

La aplicación de las teorías y de los resultados de investigación a la práctica requiere, en primer lugar, del convencimiento por parte de los profesionales de enfermería de la utilidad de las mismas y de los beneficios de los resultados para la salud de las personas, la calidad del cuidado en las instituciones y el reconocimiento de la disciplina. Ejemplos de su aplicación son las propuestas de gestión del cuidado, que llevan implícita la planeación, ejecución y evaluación de la práctica del cuidado de enfermería que se ofrece a las personas (individuo, familias y grupos de la comunidad), de acuerdo con sus necesidades y experiencias de salud, enfermedad y muerte.

Según Meleis ⁽⁴²⁾ la gestión de los cuidados de enfermería se ejerce no solamente con los recursos que ofrecen las teorías de la administración, sino también con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería, lo cual nos lleva a indagar en ¿Cuáles recursos de la administración y de la disciplina profesional de enfermería se apoyará la enfermera o el enfermero para gestionar el cuidado de enfermería?

Históricamente la profesión ha estado direccionada por la administración, pero la utilización de los recursos disciplinares de enfermería es más reciente y empieza a tomar fuerza con los modelos conceptuales, las teorías de mediano rango, y con los nuevos conocimientos fruto de la investigación.

Solo por mencionar algunas experiencias concretas de la aplicación de teorías de mediano rango en el cuidado de seres humanos se enuncian las siguientes situaciones: requerimiento de cuidado para el afrontamiento de personas ante situaciones de salud, enfermedad o muerte; requerimiento de cuidado para el bienestar de las personas, y

requerimiento de confort de pacientes sometidos a procedimientos de enfermería como el baño en cama.

Por ejemplo, en el requerimiento de cuidado para el afrontamiento de personas ante situaciones de salud, enfermedad o muerte, la Teoría de afrontamiento y adaptación de Roy ⁽⁴³⁾ resulta de capital importancia, o mejor, es la teoría que hace ver y sentir, disciplina de enfermería como la ciencia del cuidado, la cual cada día se acerca más al ser humano en toda su dimensión.

En el requerimiento de cuidado para el bienestar de las personas la Teoría de Cuidado para el bienestar de Kristen Swanson habla de cinco procesos: conocer, mantener la fe, estar con, hacer por y posibilitar; procesos que al ser aplicados en la práctica permiten brindar cuidado para el bienestar. ⁽⁴⁴⁾

Respecto al requerimiento de comodidad de pacientes sometidos a procedimientos de enfermería, como por ejemplo el baño en cama, Kolcaba ofrece la Teoría del Confort que guía la atención de enfermería con intervenciones para atender las necesidades de comodidad de las personas desde lo físico, psicoespiritual, social y ambiental. ⁽⁴⁵⁾

Finalmente, la invitación es a continuar desarrollando conocimiento disciplinar que contribuya a la salud de las personas y que justifique la asignación de recursos humanos para el cuidado de los individuos en sus procesos de salud, enfermedad y muerte.

✓ **Teoría de J Watson**

Según Jean Watson el proceso de cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) denomina Humanización: “Es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida”. ⁽⁴⁶⁾

El cuidado Humanizado, es el conjunto de acciones fundamentadas con la relación entre paciente –enfermera, además del dominio de lo técnico-científico orientado a comprender al otro en el entorno en que se desenvuelve.

En esta investigación, definiremos el cuidado humanizado de enfermería como el conjunto de acciones fundamentadas por conocimiento técnico-científico, al igual que la interacción permanente y continua que establece el equipo de enfermería con el paciente que asiste al servicio.

El cuidado holístico en los servicios de salud se ha visto dificultado por esta visión biomédica de la salud, determinando que enfermería concibe la realidad dentro de los parámetros de la biomedicina, en donde el cuidado es concebido a partir de normas, expedientes, rutinas y patrones de conductas desde que las familias entran a los centros de salud^(7,47). El cuidado se ha introducido crecientemente, en las ciencias naturales y humanas, un enfoque fragmentado y disociado de la idea de salud, de felicidad, de bienestar, fuertemente marcado en la prehistoria. Con el sistema de producción capitalista y el avance exacerbado de las tecnologías terapéuticas, el concepto de cuidado ha ido con el tiempo siendo banalizada y reducida a un estado material, luego disociado en su capacidad relacional, interactiva y asociativa en el proceso vital. En una concepción simplificadora, el cuidado parece haberse reducido solo al ser humano enfermo, contraponiendo a la idea de Heidegger de que el ser humano requiere cuidado, este enfermo o no. ⁽⁴⁸⁾

Repasando definiciones de cuidado y de cuidar podemos ver que en función de las influencias recibidas por parte de los autores encontramos diferentes tendencias. Unas con aires psicologicistas, otras filosóficas o con influencias humanísticas o existencialistas. Muchas de estas autoras están de acuerdo en que la acción de cuidar no es solo instrumental sino que, además, supone un encuentro entre personas que llevan a cabo una

transacción intersubjetiva entre ellas y que se produce en un momento y en un espacio concreto, que los filósofos denominan Kairos ⁽⁴⁹⁾ y con una finalidad determinada. Esta definición responde a lo que autoras como Paterson, JG y Zderad, Lea y col (1988), ⁽⁵⁰⁾ entienden por cuidado en el marco de una enfermería humanística.

Cuidado humanizado propuesta de J. Watson

Curar y cuidar

El curar se ha ido construyendo a lo largo de la historia, rodeado de un carisma **especial** y mucho ha cambiado desde los tiempos de Hipócrates (500 a.c.), como apunta Goberna (2004) ⁽⁵¹⁾, donde los fundamentos básicos del tratamiento eran favorecer o al menos no perjudicar, abstenerse de los imposibles y por tanto no actuar cuando la enfermedad era mortal de necesidad e ir en contra del principio de la causa.

El curar y el cuidar se remonta históricamente al momento en que los médicos decidieron solo curar las enfermedades y descuidaron la atención de las personas, delegándose en las enfermeras/os esta actividad. Savater⁵² lo refleja:“(…) El médico interviene para curar, aparece y desaparece con algo de superioridad dramática sobre el paciente: *pero la enfermera/o sigue a mano hora tras hora, lidiando las quejas, aliviando con una sábana limpia o una almohada fresca el lento arrastrarse de la duración del dolor, lo que más nos escandaliza de él.* El acierto del médico nos puede salvar la vida, pero el humanismo de la enfermera/o nos conserva lo dignamente humano de nuestra vida durante los padecimientos: nos ayuda a ser compatibles con nuestro dolor. Ambas cosas son vitalmente importantes.” ⁽²²⁾

Cuidar.-

El cuidar, es una actividad indispensable para la supervivencia, desde que la humanidad existe, el cuidado ha sido relevante constituyendo una función primordial para promover y desarrollar todas aquellas actividades

que hacen vivir a las personas y a los grupos. Sin embargo, a través del tiempo, el cuidar se ha convertido en la función exclusiva de la profesión de enfermería.

Existen múltiples connotaciones del verbo cuidar, en los diccionarios lo definen como poner atención y esmero en una cosa, atender, velar, mimar, esmerarse, imaginar, pensar, meditar, asistir, aplicar la atención o pensamiento, vigilar, tratar, prevenir. “El cuidado significa además preocupación, interés, afecto, importarse, proteger, gustar, en portugués significa cautela, celo, responsabilidad, preocupación. El verbo cuidar específicamente asume la connotación de causar inquietud, entregar la atención” ⁽⁵³⁾. Para enfermería tiene un significado mucho más amplio y se refiere básicamente al aspecto humano, así se define el cuidado como “ayudar al otro a crecer y a realizarse como persona. Es una manera de relacionarse con alguien que implica desarrollo” ⁽⁵⁴⁾

Algunos estudiosos derivan cuidado del latín cura. Esta palabra “es un sinónimo erudito de cuidado, usada en la traducción de Ser e Tempo de Martín Heidegger. En su forma más antigua, cura en latín se escribía *coera* y era usada en un contexto de relación de amor y de amistad. Expresaba actitud de cuidado, de desvelo, de preocupación y de inquietud por la persona amada o por el objeto de estimación”⁵⁵.

En tal sentido, entendiendo el cuidado como una actitud de responsabilidad y involucramiento afectivo con otro ser humano, “la palabra cuidado incluye dos significaciones básicas, íntimamente ligadas entre sí: La primera la actitud de desvelo, de solicitud y de atención para con el otro. La segunda, de preocupación y de inquietud, porque la persona que tiene cuidado se siente envuelta y afectivamente ligada al otro” ⁽⁵⁶⁾.

El acto de cuidar es una acción netamente humanista que tienen connotaciones en tres áreas: el obrar, el hacer y el conocer. Intervienen muchos elementos entre los que encontramos: a) los que tienen que ver con el valor de la persona: su dignidad, su vida, la relación solidaria, el ejercicio de la autonomía, la confianza el bienestar individual y social; b)

las formas como actuamos: la unidad, la veracidad, la rectitud, la honradez, el buen juicio, las creencias; c)el significado: de la vida, la belleza, la felicidad, la perfección, la salud, la actualización y la competencia profesional, ambiente social y laboral seguro, trabajo en equipo. Todos inherentes al ser humano en el ejercicio de su humanidad, principalmente en el ejercicio de los valores.

El marco teórico de la presente investigación está fundamentado en la Teoría de cuidado humano, de Jean Watson, teórica de enfermería que reconoce a la persona cuidada como un ser integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente; se complementa con revisión bibliográfica de diversos autores que contribuyen a la elaboración de este marco conceptual.

El cuidado de enfermería abarca desde el nacimiento hasta la muerte, incluyendo los periodos de la enfermedad y la salud, esta actividad se basa en un compromiso moral entre la persona cuidada y quienes profesan el cuidado, para ello la enfermera(o) debe ser competente en el dominio del conocimiento científico, la aplicación de técnicas y/o conflictos biomédicos, caracterizándose por una actitud con alto valor moral para lograr el bienestar integral de las personas que cuida.

A través de estudios transculturales Leininger (2007), realiza los primeros intentos para clarificar y conceptualizar la noción del cuidado⁵⁷: "el cuidado es para enfermería el dominio central del cuerpo de conocimiento y las prácticas". Esta autora considera que "el cuidado es de carácter universal pero son los procesos, métodos y técnicas con los que se desarrollan los que varían culturalmente", es así que en la cultura anglosajona se distingue entre los términos de "caree" y "caring", "caree" es la acción de cuidar y "caring" incorpora además un sentido e intencionalidad humanitaria en enfermería.⁽⁵⁸⁾

La función de enfermería es conservar, promover, recuperar y rehabilitar el estado de salud del paciente, así como apoyarlo a integrarse a una vida útil, este cuidado se da en una acción psicodinámica que se desarrolla en estadios de dependencia y que finaliza cuando el usuario goza de total independencia. La enfermera(o) participa en el cuidado de las necesidades del paciente, como definía F. Nightingale en el siglo XIX “Esta ayuda incluye el cuidado del entorno creando las condiciones para que el organismo reaccione positivamente ante el daño” Estos cuidados son de carácter integral porque las necesidades humanas representan lo físico, psicológico y cultural, donde cada necesidad insatisfecha afectará al ser humano como un todo, así por ejemplo la falta de conocimiento, ignorancia sobre acontecimiento de su estado de salud, crea una incertidumbre, inseguridad y ansiedad; por lo tanto la enfermera(o) debe poseer habilidades y destrezas que permitan al paciente verbalizar sus inquietudes y fortalecer su personalidad, a través de una relación humana que genere confianza y empatía, permitiendo a la enfermera(o) conocer al paciente a quien brindará su cuidado y esta persona acepte, participar del cuidado que recibe y se empodere del saber de cuidarse así mismo, siendo el cuidado de enfermería un proceso mental que se expresa a través de sus acciones, palabras, actitudes, y aplicación de técnicas propias. Los cuidados de enfermería, entonces, están basados en calidad y calidez es la herramienta vital que nos permitirá el desarrollo profesional en la sociedad.

El cuidado depende de una serie de factores determinantes, entre los que se incluye las instituciones hospitalarias: como subsistema social, que cumplen la función de socializar a los individuos con pautas, normas establecidas, adaptándolos e integrándolos al sistema con la finalidad de que cumplan sus roles establecidos a través de un control social, con el objetivo de mantener el sistema social imperturbable.

De acuerdo a la Teoría de Parsons (1970), los subsistemas institucionales tienden a ser imperturbables en sus normas y logran en los individuos que ingresan a ellos, un control social como cualquier subsistema social, de tal forma que rápidamente los individuos se adaptan a sus normas y funcionamiento⁵⁹, es por ello, que el rol que enfermería cumple dentro de las instituciones hospitalarias esta socialmente estructurado, adquiriendo las profesionales como lo señala Watson⁽⁶⁰⁾, una conducta institucionalizada.

Es la instancia institucional en sí, según Butelman⁽⁶¹⁾, la que determina las "fronteras, más o menos precisas, más o menos permeables entre el adentro y el afuera; la que decide sobre los individuos que la integran, sobre los extraños; recibe mandatos y demandas, genera proyectos, planes, programas; edifica una estructura organizativa, instala procedimientos y rutinas; favorece u obstaculiza procesos de cambios; genera mecanismos y modos de regulación de conflictos en un aparato jurídico –normativo".

Para la formación de la estructura de su teoría, Watson (1979) se apoya en siete supuestos básicos que identifican el cuidado como esencial a la práctica de enfermería y como complemento a la ciencia de la cura. Sus supuestos teóricos establecen que el cuidado efectivo promueve la salud y el crecimiento individual y familiar, y que solo puede ser practicado de forma interpersonal. ⁽⁶²⁾

En la dimensión mencionada el cuidado resulta en la satisfacción de las necesidades humanas específicas para cada caso y ese ambiente favorece el desarrollo del potencial humano permitiendo a la persona optar por la mejor elección de la acción para sí misma, en un determinado momento, lo que contribuye para modificaciones en la salud.

Además de estos supuestos, la teórica estructuró la ciencia del cuidado en 10 factores cuyos fundamentos se insertan en la formación de un sistema de valores humanístico-altruista, tales como, estimulación de la fe y

esperanza y cultivo de la sensibilidad para sí mismo y para los otros. Resaltó la importancia del uso sistemático del método científico para la solución de problemas y toma de decisiones, la promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal, la aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos.

En la estructuración de la ciencia del cuidado enfatizó el ambiente físico, mental, socio-cultural y espiritual sustentador, protector y/o correctivo. Hizo aún referencias a los factores existenciales fenomenológicos como base de sustentación para comprender el significado que las personas encuentran en los eventos difíciles de la vida.

Watson, J. (1988) plantea que la enfermería es una profesión que tiene responsabilidades éticas y sociales tanto para con los individuos que cuida como para la sociedad en general. Pone como punto de partida lo afectivo, los sentimientos y las emociones realizando una perfecta unión entre las creencias tradicionales y las ciencias humanas; para ella el “cuidado humano es una idea moral que trasciende el acto y va más allá de la acción de una enfermera produciendo actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la civilización humana”.⁽⁶³⁾

Para la satisfacción de sus necesidades, los pacientes en estado crítico requieren de un cuidado de enfermería riguroso, permanente, ético y empático, brindado por enfermeras(os) comprensivos, tolerantes y bien entrenados en el uso de sus conocimientos. Un paciente en estado crítico es aquel que exige un cuidado de enfermería continuo, monitoreo y valoración permanentes, y el uso de mayor tecnología. Además del conocimiento empírico, las(os) enfermeras(os) deben demostrar habilidades.

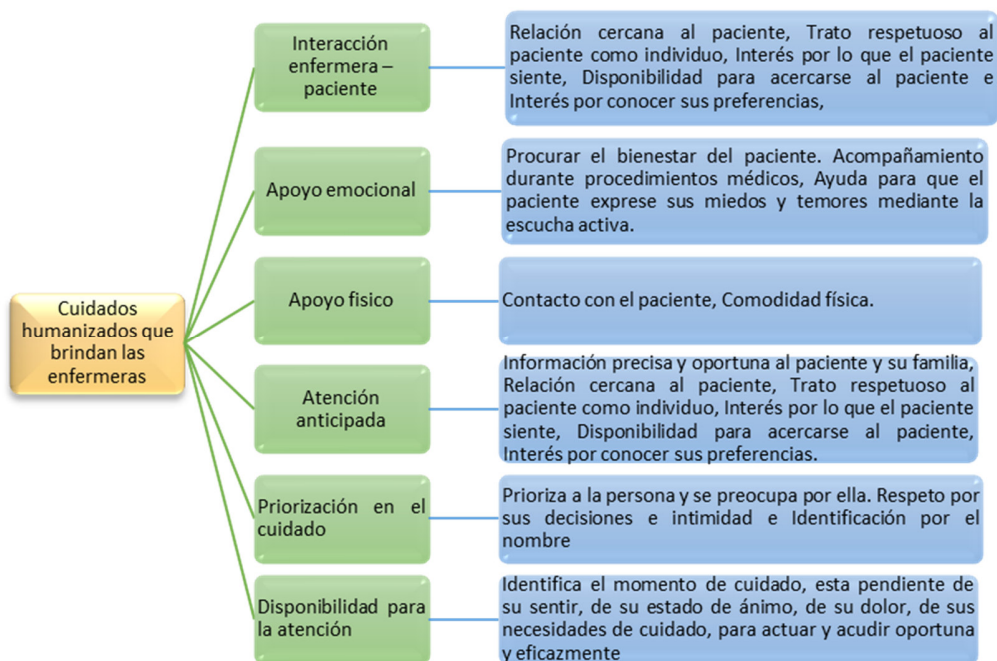
El profesional de enfermería competente debe poseer actitud de empatía, amabilidad, respeto por la persona humana (atención de sus necesidades afectivos), paciencia y buena comunicación de acuerdo a la capacidad de

comprensión del paciente hospitalizado, quien tiene muchas necesidades psicológicas (siente disminuir sus fuerzas y sus facultades), experimentando sentimientos de inferioridad y necesidades emocionales, se siente solo e inseguro. Estos problemas son exacerbados a menudo por quienes lo rodean. La experiencia clínica demuestra que la enfermera(o) puede disminuir muchos de estas necesidades. No obstante para fomentar una sensación de utilidad y bienestar en los pacientes, las enfermeras(os) deben tratarlos como seres humanos capaces y útiles, a través de la comprensión de sus sentimientos para poder anticipar sus necesidades y efectuar las intervenciones pertinentes, esa comprensión afectiva es una cualidad esencial para el planeamiento eficaz de las actividades adecuadas a las necesidades y capacidades del paciente. Además su cuidado requiere un interés consistente y cariñoso, demostrando tanto en su actitud como palabras, sentirse verdaderamente apreciado levanta el ánimo del paciente y lo motiva a realizar actividades que aumentan su autoestima. Las enfermeras(os) deben procurar comunicar a los pacientes que los creen capaces de llevar a cabo tareas que busquen la satisfacción de sus necesidades, que su compañía vale la pena y que se respetan sus opiniones. La persona hospitalizada es sensible y a veces sufre en silencio cuando se siente dolida, la enfermera(o) atenta y compasiva, se dará cuenta que algo anda mal, tratara de conseguir que la persona la hable de sus preocupaciones y se mostrará comprensiva de la situación. Maslow menciona “El individuo debe sentirse valioso como ser humano, es decir auto estimarse, debe sentir también que su familia y los demás con lo que entra en contacto lo consideran una persona con valor y digna”⁶⁴, además se debe dejar que exprese sus necesidades y sentimientos.

En el libro nursing: The philosophy and Science of Caring, Watson expone los supuestos principales de la ciencia del cuidado de enfermería:

- El cuidado sólo se puede demostrar y practicar eficazmente de forma interpersonal.
- El cuidado está constituido por elementos asistenciales que satisfacen determinadas necesidades humanas.
- El cuidado efectivo promueve la salud y el desarrollo individual o de la familia.
- Las respuestas del cuidado aceptan a las personas no sólo por lo que son sino por lo que pueden llegar a ser.
- Un entorno de cuidado posibilita el desarrollo de aptitudes a la vez que permite a la persona elegir la mejor opción para sí misma en un momento dado.
- El cuidado genera más salud que curación. El cuidado integra el conocimiento biofísico y el de la conducta humana para producir o promover la salud y para ofrecer ayuda a quienes están enfermos. Por lo tanto, la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia de la curación.
- El cuidado es el eje central de la enfermería.

Aportes desde la Teoría de Jean Watson a la investigación



Jean Watson invita a las enfermeras(os) a usar enfoques de investigación innovadores, categorizando al cuidado humanizado en las siguientes dimensiones:

Interacción paciente - enfermera(o): hace referencia a todas aquellas actitudes y acciones positivas que surgen en la interacción de cuidado tales como escuchar, comprender lo que el otro siente y ponerse en su lugar (transpersonalizar), estableciéndose una relación cálida, agradable y cercana. La enfermera(o) genera la facilidad y disponibilidad para acercarse al otro, tener tiempo para escucharlo, comunicarse amablemente y establecer una relación empática. Para Watson la empatía es la capacidad de experimentar, y por lo tanto, de comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como la capacidad para comunicar esta comprensión.

El afecto no posesivo se demuestra hablando en un tono de voz moderado y adoptando una postura abierta y relajada, y unas expresiones faciales coherentes con otras comunicaciones.

Apoyo emocional: apoyo percibido por el paciente en la interacción de cuidado con el personal de enfermería a través de un trato cordial y amistoso, con calor humano, que da comodidad y confianza, que deriva en sentimientos de bienestar para el paciente. Este apoyo emocional corresponde al elemento asistencial de Watson “Desarrollo de una relación de ayuda – confianza”

Apoyo físico: componente que el paciente percibe del personal de enfermería cuando entra en contacto con ellos, en actividades sencillas y significativas, como son mirarlo a los ojos, tomarlo de la mano, realizar los procedimientos y cubrir sus necesidades físicas, incluida la atención oportuna para aliviar el dolor. De acuerdo con Watson dos elementos asistenciales importantes son la “Asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas” y la “Provisión de un entorno de apoyo, de protección o corrección mental, física, socio-cultural y espiritual”.

Atención anticipada: (Proactividad) Definida como aquellos comportamientos del enfermero(a), que denotan atención anticipada, al abogar por el paciente, darle información precisa y oportuna a él y a su familia, acerca de la hospitalización y evolución, respondiendo preguntas y explicándole sobre procedimientos. Para Watson la “Promoción de la enseñanza – aprendizaje inter-personal” es un concepto importante de la enfermería, dado que separa el cuidado de la curación. Watson considera que las enfermeras(os) tienen la responsabilidad de promover la salud a través de actividades preventivas. Este objetivo se alcanza enseñando a los pacientes los cambios personales que han de realizar para promocionar su salud, enseñándoles métodos de re-solución de problemas e identificando la capacidad de afrontamiento y la adaptación a las pérdidas.

Priorización en el cuidado, hace referencia al cuidado de enfermería que está orientado a priorizar la persona, donde hay una preocupación por ella y respeto por sus decisiones e intimidad, donde su calidad de paciente y persona se conserva a partir de la identificación por el nombre. Los

comportamientos de esta categoría involucran al personal de enfermería en una relación de cuidado “transpersonal”, ya que para Watson: “el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad, y la armonía interior”.

Disponibilidad para la atención: disposición que tiene la enfermera(o) para identificar el momento de cuidado, al estar pendiente de su sentir, de su estado de ánimo, de su dolor, de sus necesidades de cuidado, para actuar y acudir oportuna y eficazmente. Cuando dispuso de tiempo para escucharlos, acudir al llamado, hacerlo con prontitud, cubrir sus necesidades y vigilar el tratamiento ordenado. Los comportamientos de cuidado implícitos en esta categoría nos muestra a la (el) enfermera(o), atento a detectar el momento de cuidado, y que según Watson corresponde a la totalidad de la experiencia humana, “una ocasión consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales y sentido/significado de las percepciones de uno mismo”. Watson insiste en que la (el) enfermera(o) necesita estar al tanto de su propio conocimiento y la auténtica presencia de estar en el momento.

Según Watson ⁽⁶⁵⁾, una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera(o) y otra persona viven juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos, el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo –todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado, Watson insiste en que la enfermera(o), el dador de cuidado,

también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.

La ocasión del cuidado, en últimas, permite el descubrimiento de sí mismo.⁶⁶

Tabla 1. Supuestos de Watson relacionados con los valores del Cuidado Humano

1. El cuidado y el amor son lo más universal, lo más misterioso de las fuerzas cósmicas, ellos abarcan la energía psíquica y universal.
2. La asistencia y el amor, con frecuencia subestimados, son las piedras angulares de nuestra humanidad. La cobertura de estas necesidades satisface nuestra humanidad.
3. Desde que enfermería es una profesión que cuida, sus habilidades para mantener el ideal y la ideología del cuidado en la práctica profesional afectará el desarrollo de la civilización y determinará la contribución de la enfermería a la sociedad.
4. En principio debemos amar y cuidar nuestros propios comportamientos y tratarnos con delicadeza y dignidad antes de brindar cuidado a otros con delicadeza y dignidad. El cuidado a nosotros mismos es un paso previo al cuidado a los demás.
5. Tradicionalmente la enfermería ha mantenido una postura de cuidado humano y atención hacia las personas en los asuntos relacionados con la salud y la enfermedad.
6. El cuidado es el único centro de atención del ejercicio profesional de la enfermería – la esencia de la enfermería-.
7. El cuidado humano, tanto individual como grupal, progresivamente ha tenido menos énfasis en el sistema sanitario.
8. Los fundamentos de la asistencia de enfermería han sido sublimados por los avances tecnológicos y por los obstáculos institucionales.
9. Una cuestión trascendental para la enfermería actual y futura es la preservación y evolución del cuidado humano.
10. El cuidado humano puede ser efectivamente demostrado y practicado a través de las relaciones interpersonales. Los procesos humanos ínter subjetivos mantienen vivo un sentir común de humanidad, la identificación de sí mismo con los otros.
11. Las contribuciones sociales, morales y científicas de la enfermería a la humanidad y a la sociedad residen en los compromisos con los ideales humanos en la teoría, la práctica y la investigación.

Estas influencias y valores enfatizan en la dimensión espiritual de la vida, una capacidad para el crecimiento y el cambio, un respeto y aprecio por la

persona y la vida humana, libertad de decidir, y la importancia de una relación interpersonal e intersubjetiva entre paciente y enfermera(o). Estas influencias y valores han formado las bases de los diez factores de Cuidado de Watson, utilizados por enfermeras(os) en las intervenciones relatadas en los procesos de cuidado humano.

Cada elemento asistencial describe el proceso de la forma como un paciente alcanza o mantiene la salud o muere en paz, los tres primeros elementos son interdependientes y constituyen el “fundamento filosófico de la ciencia de la asistencia”.

Tabla 2. Elementos del Cuidado de Watson

1. Formación de un sistema de valores humanístico altruista. Este factor se puede definir como la satisfacción a través de la donación y ampliación del sentido del Yo.
2. Infundir fe-esperanza. Este elemento facilita la promoción de una asistencia de enfermería holística, y potencia la salud entre los pacientes, a la vez que describe el papel de la enfermera(o) en el desarrollo de unas interrelaciones eficaces con el paciente y en la promoción del bienestar ayudando al paciente a adoptar conductas de búsqueda de la salud.
3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás. La identificación de los sentimientos conduce a la actualización de uno mismo mediante la autoaceptación de la enfermera(o) y del paciente. Las enfermeras(os), al reconocer su sensibilidad y sus sentimientos se vuelven más genuinas, auténticas y sensibles hacia los demás.
4. Desarrollo de una relación de ayuda - confianza. Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz. La coherencia conlleva ser real, honesto, genuino y auténtico.
5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos. La enfermera(o) tiene que estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, reconociendo que la comprensión intelectual y la comprensión emocional de una situación son diferentes.
6. Utilización sistemática del método de resolución de problemas para la toma de decisiones. La utilización del proceso de enfermería conlleva un planteamiento científico de la resolución de los problemas de la asistencia de enfermería, disipando la imagen tradicional de las enfermeras(os) como “criadas de los médicos”. El proceso de enfermería es similar al de investigación, en cuanto es sistemático y organizado.

<p>7. Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal. Éste es un concepto importante de la enfermería, dado que separa la asistencia de la curación. Permite informar al paciente y derivar hacia éste la responsabilidad sobre su salud y bienestar. La enfermera(o) facilita este proceso con técnicas de enseñanza – aprendizaje, diseñadas para permitir que el paciente consiga el auto cuidado, determine sus necesidades personales y adquiera la capacidad de desarrollarse personalmente.</p>
<p>8. Provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o corrección mental, física, sociocultural y espiritual. La enfermera(o) debe reconocer la influencia que tienen los factores internos y externos en la salud y la enfermedad de los individuos. El bienestar mental y espiritual y los planteamientos socioculturales son conceptos importantes para el entorno interior del individuo. Además de las epidemiológicas, las variables externas incluyen el confort, la intimidad, la seguridad y los ambientes limpios y estéticos.</p>
<p>9. Asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas. La enfermera(o) reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes deben satisfacer las necesidades de orden inferior antes de intentar satisfacer las de orden superior. La alimentación, las eliminaciones y la ventilación son ejemplos de necesidades biofísicas de orden inferior, mientras que la actividad/ inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de orden inferior. La realización de la persona y las relaciones interpersonales son necesidades psicosociales de orden superior. La autorrealización es una necesidad intrapersonal – interpersonal de orden superior.</p>
<p>10. Tolerancia con las fuerzas fenomenológicas. La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayudan a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencialista es una ciencia de la existencia humana que utiliza el análisis fenomenológico. Watson opinó que este elemento es difícil de entender. Se incluye para proporcionar una experiencia motivadora del pensamiento que conduzca a una mejor comprensión de nosotros mismos y de los demás.</p>

5. PACIENTE ONCOLÓGICO

El cáncer es una enfermedad provocada por un grupo de células que se multiplican sin control y de manera autónoma, invadiendo localmente y a distancia otros tejidos. En general, tiende a llevar a la muerte a la persona afectada, si no se trata adecuadamente. Se conocen más de 200 tipos diferentes de cáncer, los más comunes en la mayoría de países son los de

piel, pulmón, mama y colorrectal.⁽⁶⁷⁾ En el Perú, las enfermedades malignas más frecuentes son el Cáncer de Cuello uterino, cáncer de mama, estomago, próstata, etc.⁽⁶⁸⁾

TIPOS DE CANCER

Cada año se registran en nuestro país unos 45 mil casos nuevos de cáncer. **Lamentablemente**, la mayoría se diagnostica en estados avanzados, cuando es muy poco lo que se puede hacer. Son cinco los tipos de cáncer más frecuentes en el Perú, estos son el de cuello uterino, mama, estómago, pulmón y próstata.

Cirugía oncológica

Las cuatro modalidades principales para el tratamiento del cáncer son la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia y la bioterapia. La cirugía puede ser la primera en utilizarse y el tratamiento de elección para casi todos los carcinomas. Hoy en día, como resultado de los avances en las técnicas quirúrgicas, una mejor comprensión de los patrones metastásicos de cada tumor y los cuidados postoperatorios intensivos, es posible resear la mayoría de las masas tumorales en casi cualquier parte del organismo.

Si el cáncer se diagnostica en una etapa precoz y es localizado, es posible curarlo mediante cirugía. Del 40% de los enfermos de cáncer tratados con cirugía exclusiva, un tercio se cura; sin embargo, la clave es detectar la enfermedad cuando aún está localizado. Los tratamientos quirúrgicos que no tienen éxito se deben principalmente a la presencia de metástasis al establecer el diagnóstico inicial. En la mitad de los pacientes con cáncer, las metástasis se presentan cuando el tumor tiene el tamaño suficiente para ser detectado a nivel clínico.

Cerca de 90% de los pacientes con cáncer son sometidos a algún tipo de intervención quirúrgica durante el proceso diagnóstico, el tratamiento inicial o el manejo de las complicaciones. Como las enfermeras pueden verse en la

necesidad de atender a estos pacientes en cualquier momento, es fundamental que posean un conocimiento básico de los procedimientos quirúrgicos en oncología para poder diseñar y evaluar planes integrales de atención.

Cuidados quirúrgicos oncológicos

En principio el plan de cuidado integral de cualquier paciente oncológico debe incluir los aspectos psicosociales y las complicaciones específicas de cada enfermedad.

Cuidado preoperatorio

La fase preoperatoria del paciente con cáncer se centra en la valoración e intervención de los procedimientos de enfermería. Para lograr estos objetivos con eficacia, la enfermera (o) debe conocer las respuestas a las siguientes preguntas:

¿Cuál es el propósito de la cirugía?, ¿La cirugía es para el diagnóstico, la estadificación, la curación o la paliación? Cada propósito tiene un significado diferente para el paciente.

Conocerlo permitirá que la enfermera(o) comprenda mejor el comportamiento del paciente. La persona que acaba de ser diagnosticada con cáncer no actuará igual que el paciente con enfermedad metastásica sometido a cirugía paliativa.

La enfermera debe saber qué tipo de preparación o cuidado preoperatorio se requiere, por ejemplo: preparación intestinal, administración de suplementos nutricionales. ¿De qué tipo y tamaño serán las incisiones? Y, ¿qué tipo de dispositivos se colocarán al paciente?

¿Qué se le ha explicado al paciente y a su familia en relación con la cirugía diagnóstica? Y qué posibilidades futuras de tratamiento se le ofrecería al paciente. Por ello, la información debe repetirse con frecuencia.

Una vez que se tienen las respuestas a estas preguntas, el cuidado preoperatorio de enfermería para el paciente con cáncer se dirige a evaluar la ansiedad, promover su bienestar físico y mental.

Posteriormente, se deberá centrar a reducir la ansiedad, promover el bienestar físico y la enseñanza en su auto cuidado.

Cuidado postoperatorio

El cuidado de enfermería postoperatorio del paciente con cáncer depende: del tipo de tumor, de la cirugía realizada, del el tratamiento previo y de las deficiencias fisiológicas preexistentes. Al igual que en el cuidado preoperatorio, el postoperatorio se centra en las necesidades físicas y psicológicas de los enfermos.

Todas las necesidades en general son de tipo físico, el control del dolor es de vital importancia. La prevención de complicaciones postquirúrgicas y favorecer la función cardiovascular, la perfusión y las necesidades psicológicas.

A medida que los pacientes despiertan de la anestesia, sus primeras preguntas son: "¿Tengo cáncer?, ¿Sacaron todo el tumor?, ¿Hay metástasis? ¿Tuvieron que amputar mi pierna?, etc." Las preguntas no deben responderse hasta que el paciente se haya recuperado por completo de los efectos de la anestesia y el cirujano o el médico hayan tenido tiempo de verlo y darle una explicación adecuada. Sin embargo, la enfermera(o) debe garantizar que exista un entorno de apoyo favorable en el paciente cuando los resultados de las pruebas se tengan que compartir con él.

Todos los enfermos con cáncer deben realizar controles psicológicos. El diagnóstico puede significar cambios en de vida, en la profesión, o en la asistencia y cumplimiento en la escuela o el trabajo. La amenaza de estos cambios puede ser tan grande que, en ocasiones, inmoviliza psicológicamente al paciente. Si no se incorporan los ajustes necesarios, el paciente con cáncer estará en riesgo de incumplir las exigencias de la terapia.

La nueva "función" de enfermo también ser incompatible con el auto concepto del individuo, lo cual dificulta la dependencia temporal de los demás para el cuidado necesario.

2.3. Definiciones conceptuales

- **Cuidados de Enfermería:** Es el conjunto de acciones basadas en conocimientos científicos y principios bioéticos que brinda la enfermera(o) al paciente adulto mayor para satisfacer sus necesidades.
- **Cuidado humanizado:** Es enfocarse no solo en la enfermedad sino en la persona que está al cuidado y permitir que los sentimientos hacia los demás se vean reflejados en la atención al paciente.
- **Cuidados humanizados de enfermería:** Es el conjunto de acciones basadas en el conocimiento científico y principios bioéticos que brinda la enfermera(o) al paciente que temporal o indefinidamente lo requiere para satisfacer sus necesidades de una manera holística (bio-psico-social y espiritual).⁶⁹ Estas acciones se refieren, a:
- **Interacción paciente - enfermera(o):** hace referencia a todas aquellas actitudes y acciones positivas que surgen en la interacción de cuidado tales como escuchar, comprender lo que el otro siente y ponerse en su lugar (transpersonalizar), estableciéndose una relación cálida, agradable y cercana. La enfermera(o) genera la facilidad y disponibilidad para acercarse al otro, tener tiempo para escucharlo, comunicarse amablemente y establecer una relación empática. Para Watson la empatía es la capacidad de experimentar, y por lo tanto, de comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como la capacidad para comunicar esta comprensión.
- **Apoyo emocional:** apoyo que la enfermera(o) brinda al paciente en la interacción de cuidado a través de un trato cordial y amistoso, con calor humano, que da comodidad y confianza, que deriva en sentimientos de bienestar para el paciente. Este apoyo emocional corresponde al elemento asistencial de Watson "Desarrollo de una relación de ayuda – confianza"

- **Apoyo físico:** componente que la enfermera(o) brinda a los pacientes cuando entra en contacto con ellos, en actividades sencillas y significativas, como son mirarlo a los ojos, tomarlo de la mano, realizar los procedimientos y cubrir sus necesidades físicas, incluida la atención oportuna para aliviar el dolor. De acuerdo con Watson dos elementos asistenciales importantes son la “Asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas” y la “Provisión de un entorno de apoyo, de protección o corrección mental, física, socio-cultural y espiritual”.
- **Atención anticipada (Proactividad):** definida como aquellos comportamientos del enfermero(a), que denotan atención anticipada, al abogar por el paciente, darle información precisa y oportuna a él y a su familia, acerca de la hospitalización y evolución, respondiendo preguntas y explicándole sobre procedimientos. Para Watson la “Promoción de la enseñanza – aprendizaje inter-personal” es un concepto importante de la enfermería, dado que separa el cuidado de la curación. Watson considera que las enfermeras(os) tienen la responsabilidad de promover la salud a través de actividades preventivas. Este objetivo se alcanza enseñando a los pacientes los cambios personales que han de realizar para promocionar su salud, enseñándoles métodos de resolución de problemas e identificando la capacidad de afrontamiento y la adaptación a las pérdidas.
- **Priorización en el cuidado:** hace referencia al cuidado de enfermería que está orientado a priorizar la persona, donde hay una preocupación por ella y respeto por sus decisiones e intimidad, donde su calidad de paciente y persona se conserva a partir de la identificación por el nombre. Los comportamientos de esta categoría involucran al personal de enfermería en una relación de cuidado “transpersonal”, ya que para Watson: “el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad, y la armonía interior”.
- **Disponibilidad para la atención:** disposición que tiene la enfermera(o) para identificar el momento de cuidado, al estar pendiente de su sentir, de su

estado de ánimo, de su dolor, de sus necesidades de cuidado, para actuar y acudir oportuna y eficazmente. Cuando dispuso de tiempo para escucharlos, acudir al llamado, hacerlo con prontitud, cubrir sus necesidades y vigilar el tratamiento ordenado. Los comportamientos de cuidado implícitos en esta categoría nos muestra a la (el) enfermera(o), atento a detectar el momento de cuidado, y que según Watson corresponde a la totalidad de la experiencia humana, “una ocasión consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales y sentido/significado de las percepciones de uno mismo”. Watson insiste en que la (el) enfermera(o) necesita estar al tanto de su propio conocimiento y la auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.

- **Asistencia:** acción de asistir. Ayuda, favor, socorro, amparo, auxilio. Medio que se proporciona a alguien para sostenerlo o aliviarlo en sus necesidades.
- **Cuidado Transpersonal:** son cuidados holísticos que fomentan el humanismo, la salud y la calidad de vida.
- **Esperanza:** de que otro crezca a través del cuidado. Es una expresión de plenitud presente, un presente vivo con sensación de posibilidades.
- **Fe:** Conjunto de creencias de un grupo de personas, confianza, seguridad, aseveración de que una cosa es cierta.
- **Holístico:** Deriva del término griego *holos*, que significa todo; el holismo es una filosofía que motiva el tratamiento del organismo como un todo (una unidad) más que como partes individuales.
- **Necesidad:** Escasez, pobreza, penuria, indigencia, miseria, apuro, ahogo, aprieto. Falta de cosas que es menester para la conservación de la vida.
- **Perfección:** Acción de perfeccionar, Cualidad de perfecto, Cosa perfecta
- **Protección:** Acción y efecto de proteger.
- **Relaciones humanas:** En el lenguaje corriente hace referencia a las vinculaciones o relaciones entre individuos, sobre la base de la mutua comprensión.

- **Satisfacción:** En el estado máximo del funcionamiento o alto nivel de bienestar alcanzado por el individuo.
- **Percepción:** La percepción es un proceso cognitivo que nos permite, a través de los sentidos, recibir información y conformar una representación más o menos real del medio. En la percepción de la salud individual, influyen muchos otros factores: el estado fisiológico del individuo, la personalidad, el grado de soporte social que recibe, el estado civil, el bienestar psicológico, etc.

2.4. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	CATEGORÍAS	ÍTEMS
Percepción de la calidad de cuidado humanizado o del paciente hospitalizado	Percepción de la enfermera sobre la calidad del cuidado que proporciona al paciente: es la opinión del personal de la enfermería acerca del cuidado que le proporciona al paciente en las dimensiones: arte del cuidado, calidad técnica, disponibilidad,	Son las expresiones u Opiniones del paciente acerca del cuidado humanizado recibido de manera holística, para poder ayudarlo durante el proceso de su enfermedad.	Inculcación de Fe-Esperanza	Es la satisfacción manifestada por el paciente respecto al apoyo espiritual y al cuidado holístico recibido de enfermería en el área de hospitalización	Ítems: 1, 2, 3, 4, 5
			Cultivación de la sensibilidad para uno mismo	Es la satisfacción manifestada por pacientes respecto a la sensibilidad, sentimientos y autenticidad recibidos de enfermería en el área de hospitalización.	Ítems: 6, 7, 8, 9, 10, 11
			Provisión del entorno de apoyo protección	Es la satisfacción manifestada por pacientes respecto al confort, privacidad y la seguridad recibida en	Ítems: 12,13, 14, 15, 16

	Continuidad y resultado del cuidado.			enfermería en el área de hospitalización.	
			Asistencia en la Gratificación de las Necesidades Humanas	Es la satisfacción manifestada por el paciente respecto a las necesidades biofísica tales como alimentación, eliminación, respiración y sueño, recibida por enfermería en el área de hospitalización	Ítems: 17, 18, 19,20, 21, 22,
			Relación Ayuda – Confianza	Es la satisfacción manifestada por el paciente respecto a la empatía, comunicación eficaz y a la acogida recibida de enfermería en el área de hospitalización.	Ítems: 23, 24, 25, 26
			Promoción de la Enseñanza – Aprendizaje Interpersonal	Es la satisfacción manifestada por el paciente respecto al auto cuidado y a la calidad de vida recibida de enfermería en el área de hospitalización.	Ítems: 27, 28,29, 30

CAPITULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de hipótesis

3.1.1 Hipótesis general

H₁: La percepción de la calidad de cuidado humanizado del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en el 2014 es adecuada.

H₀: La percepción de la calidad de cuidado humanizado del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en el 2014 no es adecuada.

3.1.2 Hipótesis específicas

El cuidado que brinda el profesional de enfermería según las dimensiones que más predomina son:

- Desarrollo de una relación ayuda-confianza
- Promoción de enseñanza-aprendizaje interpersonal
- Poseen un cuidado humanizado inadecuado.

3.2. Identificación de variables

3.2.1. Clasificación de variables

Percepción de la calidad de cuidado humanizado del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía Oncológica del INEN.

3.2.2. Definición de variables

- a) ***Percepción de la calidad de cuidado humanizado del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía Oncológica del INEN.***

Es el conjunto de acciones humanística, tecnológica, científico fundamentadas con la relación entre paciente - enfermera, orientado a comprender al otro en el entorno en que desenvuelve.

CAPITULO IV

METODOLOGIA

4.1. Tipo de investigación

De acuerdo a los objetivos planteados el estudio es tipo cuantitativo. Por qué las variables investigadas son medidas solo en forma numérica.

4.2. Diseño de estudio

El diseño del proyecto en estudio es descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Este estudio busco describir las variables y la medición según su frecuencia y porcentaje de las relaciones entre variables en estudio. Es

retrospectivo, porque se medirán las variables después de la intervención de enfermería. Es transversal, porque la información solo fue medida una vez en el transcurso del estudio.

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población

La población está comprendida por 5,580 pacientes hospitalizados en los servicios de hospitalización de cirugía de enfermería del INEN, durante los meses de Octubre, Noviembre y diciembre del 2014. La población a estudiar fue seleccionada en base a criterios.

Criterios de inclusión:

- a) Paciente nuevo y/o continuador de ambos sexos hospitalizados en el cuarto, quinto y sexto piso este y oeste.
- b) Tener diagnóstico médico oncológico.
- c) Paciente programado para recibir o haber recibido tratamiento médico quirúrgico.
- d) Tiempo de internamiento mínimo de tres (03) días.
- e) Participación voluntaria.

Criterios de exclusión:

- a) Negativa del paciente de participar en el estudio.
- b) Pacientes que no hayan recibido ningún tipo de tratamiento.
- c) Tiempo de internamiento menor a tres (03) días.
- d) Pacientes con enfermedades infectocontagiosas: TBC, hepatitis, VIH y otros.

4.3.2. Muestra

La muestra del estudio fue de tipo probabilístico y por muestreo estratificado. La muestra de los pacientes se obtuvo teniendo en cuenta al total de pacientes hospitalizados quienes recibieron tratamiento médico o quirúrgico

en los diferentes servicios de hospitalización del INEN durante el mes de octubre y noviembre del 2014. (5580)

Para el cálculo de la muestra del estudio se utilizó la formula “estimación de una proporción” para una población finita. (5580 pacientes).

El cálculo fue a través del muestreo aleatorio estratificado. La fórmula empleada fue:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 * p * q}$$

Dónde:

- a) N = Total de la población
- b) $Z_{\alpha/2} = 1.962$ (si la seguridad es del 95%)
- c) p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- d) q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- e) d = precisión (en este caso deseamos un 9%).

Aplicando la formula tenemos:

$$\frac{5580 * 1,96^2 * 0,05 * 0,95}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 * p * q} = 66$$

$$n = \frac{(5580 - 1) \cdot 0,05^3 + 1,96^2 \cdot 0,05 \cdot 0,95}{0,05^3}$$

La muestra es de 66 pacientes distribuidos proporcionalmente en todos los servicios a investigar.

4.3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

La técnica empleada en el estudio fue la observación y el instrumento el cuestionario. El cuestionario para el paciente fue estructurado en tres partes, la primera, contiene los datos demográficos clave y en la segunda parte corresponde a la sección de datos clínicos y consta de 3 preguntas, luego la tercera parte contiene a los datos de estudio (dimensiones): Inculcación de fe-esperanza, cultivación de la sensibilidad para uno mismo, provisión del entorno de apoyo, protección, asistencia en la gratificación de las necesidades humanas, relación ayuda-confianza y promoción de la enseñanza – aprendizaje Interpersonal.

El cuestionario tiene treinta y uno ítems en escala Likert de tres puntos: Percepción alta, Percepción media y Percepción baja. Los ítems surgieron de los indicadores, indicadores y dimensión que conforman la Operacionalización de la variable: Cuidado humanizado que recibe el paciente adulto oncológico hospitalizado. El cuestionario contiene además portada, presentación e instrucciones. (Ver Anexo 3)

La escala está estructurada de forma tal que la puntuación alta se asocia a opiniones favorables respecto de la calidad de cuidado humanizado que recibe el paciente adulto oncológico hospitalizado y puntuaciones bajas se relacionan con opiniones negativas o desfavorables respecto de la calidad de cuidado. Con el fin de lograr un mejor análisis de los resultados al final se

estructuro los niveles de cuidado en tres niveles. (Ver clasificación de Stanones.)

4.4. Procedimiento para la recolección de datos.

Una vez obtenido la aprobación del proyecto de investigación por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y la autorización del Departamento de enfermería del INEN para iniciar el estudio, se realizaron las coordinaciones con el Departamento de Estadística, para obtener el número total de pacientes hospitalizados. Seguidamente se coordinará con el estadista para realizar la preselección y se pondrá en marcha el Proyecto.

Asimismo, todos los responsables (Enfermeras jefes de servicio) del equipo de salud del área de estudio serán informados sobre el objetivo del proyecto.

- a) Los expertos que participaron en la validación del instrumento fueron miembros del equipo técnico del Departamento de Enfermería y la Oficina de Calidad; asimismo se invitó a un grupo de cinco (5) enfermeras para que validen los instrumentos.
- b) Todos los pacientes fueron preseleccionados un día antes de aplicar la encuesta, quienes cumplen con los requisitos preestablecidos.
- c) Todos los pacientes seleccionados fueron encuestados en el mismo lugar donde se encontraron.
- d) Se le informó al paciente verbalmente y por escrito sobre la importancia del estudio y si decidió participar voluntariamente se le solicitó su consentimiento por escrito.
- e) Se solicitó al paciente que por favor lea detenidamente el formato de cada pregunta y la forma cómo deberán marcar su respuesta elegida.
- f) Se les explicó personalmente a cada paciente seleccionada (o) que sus respuestas serán registradas. Estas serán anónimas y que se mantendrá la más absoluta confidencialidad sobre sus actividades y/o opiniones.
- g) Se anotó la fecha, el tiempo de inicio y término para llenar la guía de observación/encuesta.
- h) Si el paciente seleccionado fue dado de alta y no terminó de responder

todas las preguntas, se eliminó la encuesta.

- i) Si el paciente seleccionado no deseó participar a la mitad o al final del estudio ésta (encuesta) fue eliminada.

4.5. Plan de tabulación y análisis de la información

La tabulación de los datos se realizó en tres fases, en un primer momento se realizó un análisis descriptivo de las principales características del paciente. En segundo lugar se realizó una distribución general y específica de todas las frecuencias de acuerdo a los puntajes obtenidos, las variables y objetivos del estudio. La tabulación de los datos se realizó en forma electrónica con la ayuda de una computadora. Se determinará la presentación de cada uno de ellos y de los que ameriten cruzarse y según el número de éstas se buscará la relación entre sí y las escalas de medición.

El análisis estadístico fue de tipo descriptivo, para lo cual se procesó la información con el programa estadístico Statistical Package for the Social Science (SPSS) versión 20. El análisis descriptivo se realizó a través de frecuencias, proporciones y la creación de índices para cada variable, además de medidas de tendencia central. También se realizó la prueba de consistencia interna de los instrumentos a través del coeficiente Alpha de Crombach.

4.6. Aspectos éticos

Debido a que la fuente de información son personas, como sujetos de estudio, se le asegura la reserva de sus derechos y la información de los resultados esperados en la investigación estarán dentro de los lineamientos universales de la ética.

Por ello se consideraron los tres principios fundamentales de la ética que son aplicados en toda investigación con seres humanos:

Respeto a la dignidad humana:

En el estudio se da importancia a la libre voluntad que tiene el investigado de participar en la presente investigación; por eso se enfatiza en la libertad de su derecho que tienen los participantes de apoyar o no la investigación desde su

inicio hasta el final, si así lo desearan y de interrumpir la entrevista en el momento que ellos lo deseen.

Beneficencia:

Este principio hace referencia a que el estudio se hará en beneficio tanto para el paciente y la familia, así como también el personal de enfermería no recibirá maltrato o sanción alguna por parte de las autoridades por la información que resulte de la investigación.

Justicia:

Todos los sujetos entrevistados serán tratados de manera igual, sin discriminación, manteniendo respeto sin importar raza, credo, condición social o preferencia sexual.

El personal de enfermería fue incluido en el estudio sin tomar en consideración grado académico, función que desempeña o preferencia de la jefatura; el único requisito fue que deseara participar en la investigación.

Consentimiento informado

Se elaboró un formato de consentimiento informado en donde se solicita la participación voluntaria, teniendo la opción de retirarse en el momento que lo deseara. Dicha información será difundida en forma clara y precisa.

CAPITULO V

RESULTADOS Y DISCUSION

5.1. Descripción

En el presente capítulo se presentan las estadísticas descriptivas de las variables personales de los pacientes y de la percepción de la calidad del cuidado de enfermería recibido y otorgado. Finalmente se presenta la estadística inferencial para la prueba de hipótesis.

5.1.1. Características de la Muestra

Los datos corresponden a 66 pacientes hospitalizados en los servicios: Cuarto, Quinto y Sexto Este del INEN. La confiabilidad del instrumento aplicado a los pacientes se determinó con el coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach. En la tabla 1 se muestran los resultados para cada una de las subescalas. La escala total reportó un Alpha de .95, la cual se considera aceptable.

Tabla 1

Datos Generales de la muestra. Estudio de la Percepción de la calidad de cuidado humanizado del paciente hospitalizado en el Servicio de Cirugía Oncológica. INEN-OPE, 2014

Variable	Nº	%
Sexo		
Masculino	26	39.40%
Femenino	40	60.60%
Grupo etario (media:49)		
Adulto joven	23	34.80%
Adulto maduro	26	39.40%
Adulto mayor	17	25.80%
Nivel de instrucción		
Primaria o menos	10	15.20%
Secundaria	30	45.50%
Superior	26	39.40%
Estadía		
≤ 8 días	48	72.70%
9 - 12 días	10	15.20%
≥ 13 días	8	12.10%
Grado de actividad		
Grado 0	16	24.20%
Grado 1	24	36.40%
Grado 2	18	27.30%
Grado 3	8	12.10%
Diagnóstico oncológico		
NM ¹ Gastrointestinal	14	21.20%
NM ¹ Ginecológica	12	18.20%
NM ¹ Mama	11	16.70%
Leucemia, Linfoma	10	15.20%
NM ¹ Cabeza y cuello	7	10.60%
NM ¹ Osteosarcoma	4	6.10%
NM ¹ Ovario	3	4.50%
NM ¹ Urológico	3	4.50%
NM ¹ Pulmón	2	3.00%
NM ¹ Cerebral	2	3.00%
Otros NM	1	1.50%

¹NM: Neoplasia Maligna.

En la tabla 1, se observa que de cada 10 pacientes atendidos el 60% de ellos fueron mujeres, el 39.4% correspondían a los adultos maduros (45-60 años) y la mayoría tenían educación secundaria (45.5%).

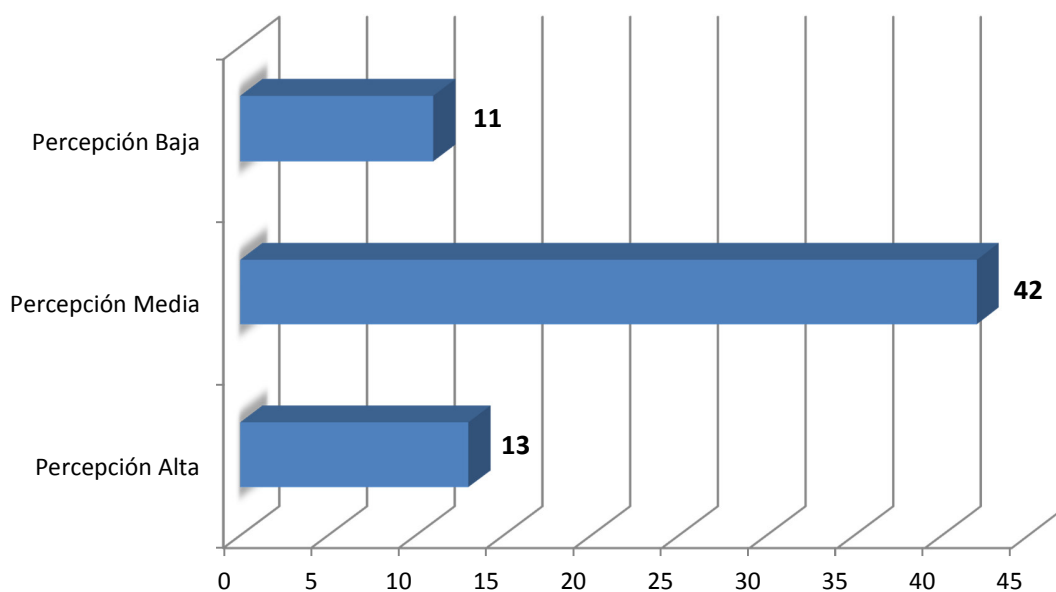
Nuestros resultados son muy similares a lo reportado por Rivera Álvarez y Álvaro Triana (2007) “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country”⁽⁷⁰⁾ en relación al sexo femenino, la edad; igualmente Espinoza y col. (2010) en su trabajo “El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho”⁽⁷¹⁾ y Aiquipa A. (2003) reportaron datos muy similares en pacientes sometidos a quimioterapia en la Unidad de Tratamiento Multidisciplinario del INEN⁽⁷²⁾ situación, que podía explicarse debido a que la mayoría de las personas que concurren a los hospitales tienen estos condicionantes.

Así mismo, se observa que la mayoría de los pacientes tuvieron una estadía menor o igual a 8 días de internamiento. En relación a la variable **grado de actividad** el 36% tenían grado 1 de actividad. Por otro lado, respecto al diagnóstico oncológico la mayoría tenía cáncer gastrointestinal (21.2%), NM Ginecológica (18.2%), cáncer de mama (16.7%) y leucemia-linfoma (15.2%). Los resultados ponen de manifiesto el tiempo de estadía muy similar a lo observado en varios estudios en nuestro medio y a nivel internacional como Rivera A⁽¹¹⁾, Romero M⁽⁷³⁾, Pinedo V⁽⁷⁴⁾, Grisales N⁽⁷⁵⁾, Acosta R⁽⁷⁶⁾, Bernal S⁽⁷⁷⁾, Garcés M⁽¹⁹⁾, Aiquipa A⁽⁷⁸⁾ y Quinto V.⁽⁷⁹⁾

Respecto al Grado de actividad la mayoría de trabajos de investigación no lo reporta. Esta situación se explica debido a las características de los pacientes que ingresan al instituto. En cuanto al Diagnóstico oncológico observamos las tres patologías oncológicas más frecuentes en nuestro medio y a nivel de todos los países latinos.

Grafico 1

**“Percepción de la Calidad de Cuidado Humanizado del Paciente
Hospitalizado en el Servicio de Cirugía Oncológica del
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas,
Lima 2015”**

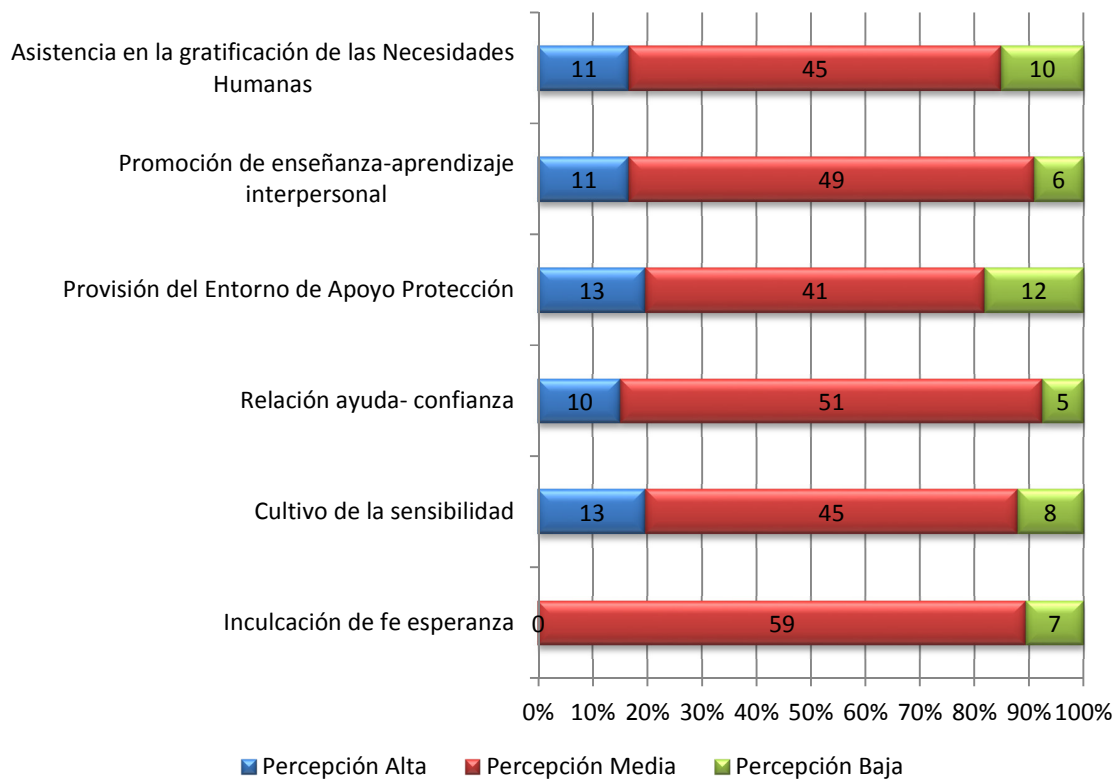


Interpretación

En el grafico 01 se observa que del 100%(66) de pacientes encuestados, la percepción de la calidad del cuidado humanizado de enfermería es media en un 64% (42), alta en un 20% (13) y baja en un 16% (11).

Gráfico 02

Nivel de Percepción Global de la calidad del Cuidado Humanizado de enfermería y sus dimensiones del Paciente Hospitalizado en los Servicios de Cirugía Oncológica, INEN-OPE, 2015



Interpretación

Según el grafico global de la percepción de la calidad del cuidado de enfermería del paciente hospitalizado en los servicios de cirugía oncológica observamos que:

Dimensión **asistencia en la gratificación de las necesidades humanas** es media en un 68.2%(45) alta en un 16.6% (10) y baja en un 15.2%(10).

Dimensión **Promoción de enseñanza-aprendizaje interpersonal** es media en un 74.24%(49) alta en un 16.6% (11) y baja en un 9.1%(6).

Dimensión **provisión del entorno apoyo protección** es media en un 62%(41) alta en un 20% (13) y baja en un 18%(12).

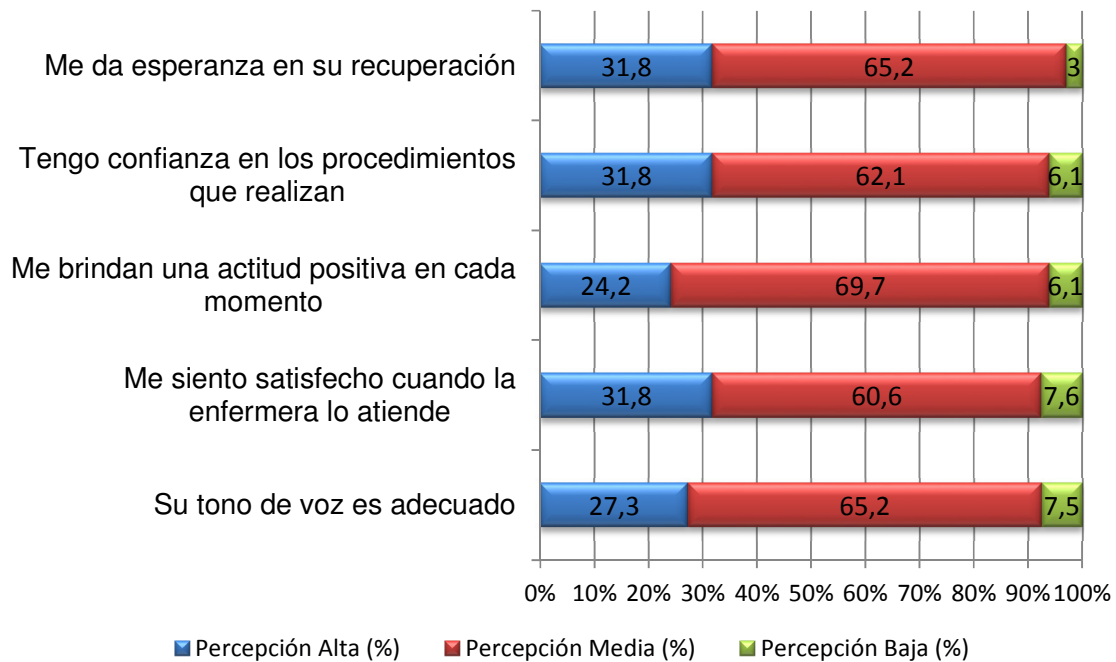
Dimensión **relación ayuda confianza** es media en un 77%(51) alta en un 15% (10) y baja en un 8%(5).

Dimensión **cultivo de la sensibilidad** es media en un 68%(45) alta en un 20% (13) y baja en un 12%(8).

Dimensión **inculcación de fe esperanza** es media en un 89%(59) y baja en un 11%(7).

En nuestros resultados encontramos el 64% de satisfacción regular con el Cuidado humano. Garcés⁽⁸⁰⁾ en el 2008 realizó un estudio en los consultorios externos en el mismo hospital, mediante una encuesta tipo estructura, proceso resultado, validada previamente y obtuvo como resultado que 60% de 512 pacientes entrevistados estaban satisfechos con la atención recibida y 66% manifestó que la atención era buena; Seclén-Palain⁽⁸¹⁾ en otro análisis de datos secundarios de la Encuesta Nacional de Vida realizada en el año 2000, encontró 62,1% de satisfacción del usuario en hospitales; Aquino⁽⁸²⁾ el 2002, con un método diferente al estudio, (tipo Likert de 1 a 10) evidencio que el 69% de los pacientes se mostró satisfecho de la atención recibida en el mismo hospital; sin embargo, Garcés ⁽⁸³⁾ también reportó que el tiempo de espera antes de la consulta médica fue insatisfactoria para 76% de sus 387 pacientes. Destacamos que los mencionados estudios (11,65) siguieron la metodología de interrogar directamente al usuario y como refiere Seclén-Palain ⁽⁷⁶⁾ enfocan la satisfacción del usuario como "enfoque de resultado", midiendo directamente la satisfacción global con la atención, más que como el "enfoque de proceso" que pone atención en los componentes del cuidado humanizado es el enfoque que se sigue mediante el uso del instrumento SERVQUAL.

Gráfico 03
Percepción del Cuidado Humanizado según la dimensión
inculcación de fe esperanza del paciente hospitalizado
en el Servicio de Cirugía Oncológica,
INEN-OPE, 2015



Según el grafico 03 Percepción del Cuidado Humanizado en relación a la dimensión **inculcación de fe esperanza** del paciente hospitalizado en el Servicio de Cirugía Oncológica observamos que:

Dimensión **Me da esperanza en su recuperación** es media en un 65.2%(43) alta en un 31.8% (21) y baja en un 3%(2).

Dimensión **tengo confianza en los procedimientos que realizan** es media en un 62.1%(42) alta en un 31.8% (20) y baja en un 6.1%(4).

Dimensión **me brindan una actitud positiva en cada momento** es media en un 69.7%(46) alta en un 24.2% (16) y baja en un 6.1%(4).

Dimensión **me siento satisfecho cuando la enfermera lo atiende** es media en un 60.6%(40) alta en un 31.8% (20) y baja en un 7.6%(6).

Dimensión **su tono de voz es adecuada** la percepción es media en un 65.2%(43) alta en un 27.3% (18) y baja en un 7.5%(5).

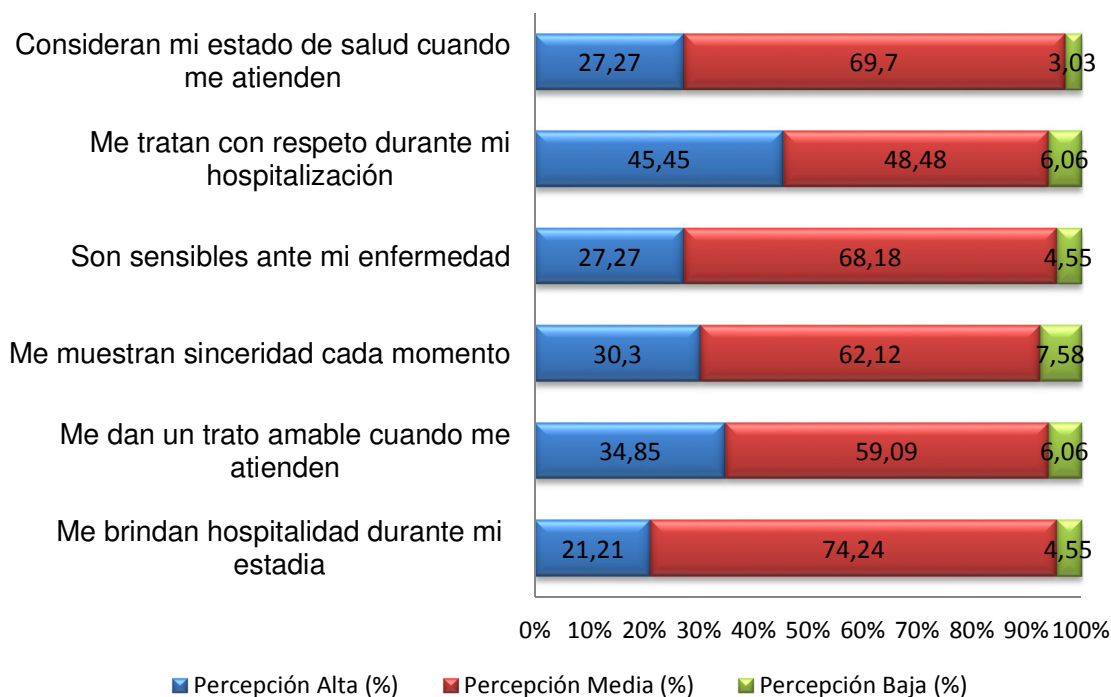
Dimensión **inculcación de fe esperanza** es media en un 89%(58) y baja en un 11%(8)

Sobre la dimensión **inculcación de fe y esperanza** observamos que la mayoría de los ítems de la satisfacción y altamente satisfecho tienen niveles porcentuales del 24% al 70% estadísticamente reveladoras entre los demás, en especial en *“Me brindan una actitud positiva en cada momento”, “Me da esperanza en mi recuperación, Su tono de voz es adecuado”*. Los otros ítems como *“me siento satisfecho o conforme cuando la enfermera lo atiende”* o cuando *“su tono de voz es adecuado”*, apenas alcanzaron un 8% que están insatisfechas del cuidado recibido.

En principio este elemento facilita la promoción de una asistencia de enfermería holística y potencia la salud entre los pacientes, a la vez que describe el papel de la enfermera(o) en el desarrollo de unas interrelaciones eficaces con el paciente y en la promoción del bienestar ayudando al paciente a adoptar conductas de búsqueda de la salud.

Los hallazgos mostraron que el cuidado humanizado (Rivera Á y Álvaro T, 2007) ⁽¹¹⁾ se percibió con los comportamientos en donde se priorizó a la persona (89.5%), se reflejaron las cualidades de la enfermera (89.4%), se destacaron las características de la enfermera (89.8%) y se atendieron los sentimientos del paciente (87.6%). Los comportamientos de cuidado que fueron percibidos en menor medida por el usuario fueron la empatía (77.7%), el apoyo emocional (79.6%), la pro actividad (80.5%) y la disponibilidad para la atención (85.4%). Se puede observar que a pesar de ser los menos frecuentes dentro del cuidado humanizado su frecuencia es relativamente alta”.

Gráfico 04
Percepción del Cuidado Humanizado según la dimensión el
cultivo de la sensibilidad del paciente hospitalizado en el
Servicio de Cirugía Oncológica, INEN-OPE, 2015



Según el grafico Percepción del Cuidado Humanizado según la dimensión **cultivo de la sensibilidad del paciente** hospitalizado en el Servicio de Cirugía Oncológica observamos que:

Dimensión **consideran mi estado de salud cuando me atienden** es media en un 69.7%(46) alta en un 27.2% (18) y baja en un 3.03%(2).

Dimensión **me tratan con respeto durante mi hospitalización** es media en un 48.4%(32) alta en un 45.4% (30) y baja en un 6.06%(4).

Dimensión **son sensibles ante mi enfermedad** es media en un 68.18%(45) alta en un 27.2% (18) y baja en un 4.5%(3).

Dimensión **me muestran sinceridad cada momento** es media en un 62.1%(41) alta en un 30.3% (20) y baja en un 7.5%(5).

Dimensión **me dan un trato amable cuando me atienden** es media en un 59%(39) alta en un 34.8% (22) y baja en un 6.0%(5).

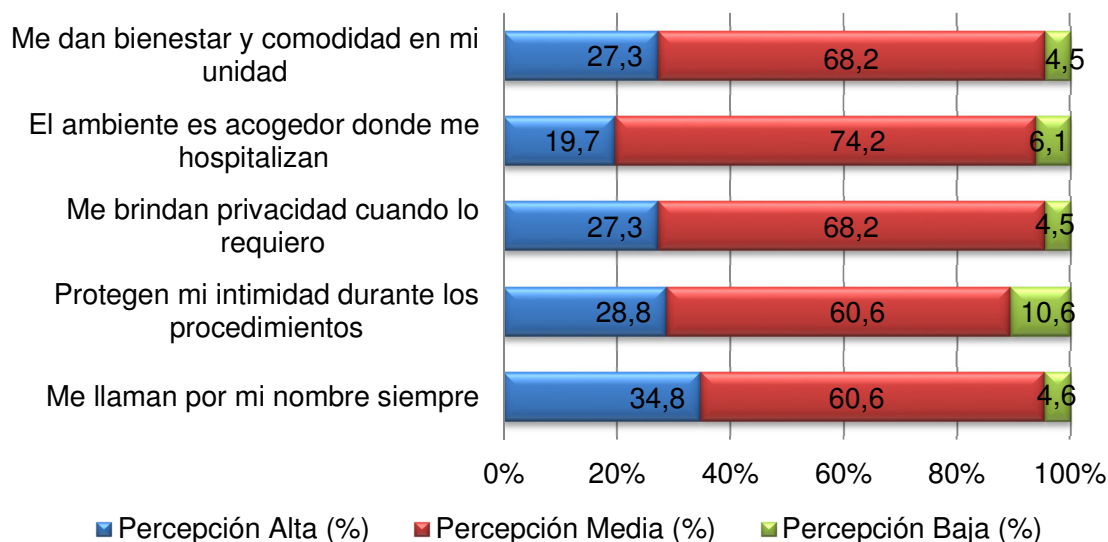
Dimensión **me brindan hospitalidad durante mi estadía** es media en un 74.2%(49), alta en un 21.2% (14) y baja en un 4.5%(3).

En el gráfico 04, sobre la dimensión del cultivo de la sensibilidad observamos que en la mayoría de los ítems los pacientes se muestran satisfechos y altamente satisfechos, tienen niveles porcentuales del 21% al 74% estadísticamente significativas entre los demás, en especial en *“Me brindan hospitalidad durante mi estadía”*, *“Consideran mi estado de salud, cuando me atienden, Son sensibles ante mi enfermedad”*. El ítem *“Me muestran sinceridad a cada momento.”*, alcanzaron un 8% que están insatisfechas del cuidado ofrecido.

Watson, (1979) refiere que el cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás, se basa en la identificación de sentimientos que conduce a la actualización de uno mismo mediante la autoaceptación de la enfermera(o) y del paciente. Las enfermeras(os), al reconocer la sensibilidad y sus sentimientos se vuelven más genuinas, auténticas y sensibles hacia los demás, de allí su importancia.

Gráfico 05

**Percepción del Cuidado Humanizado segun la dimensión
relación de ayuda- confianza en el Servicio de Cirugía
Oncológica, INEN-OPE, 2015**



Según el grafico 05 Percepción del Cuidado Humanizado según la dimensión **relación de ayuda -confianza** del paciente hospitalizado en el Servicio de Cirugía Oncológica observamos que:

Dimensión **me dan bienestar y comodidad en mi unidad** es media en un 68.2%(46) alta en un 27.3% (18) y baja en un 4.5%(2).

Dimensión **el ambiente es acogedor donde me hospitalizan** es media en un 74.2%(49) alta en un 19.7% (13) y baja en un 6.1%(4).

Dimensión **me brindan privacidad cuando lo requiero** es media en un 68.2%(46) alta en un 27.3% (18) y baja en un 4.5%(2).

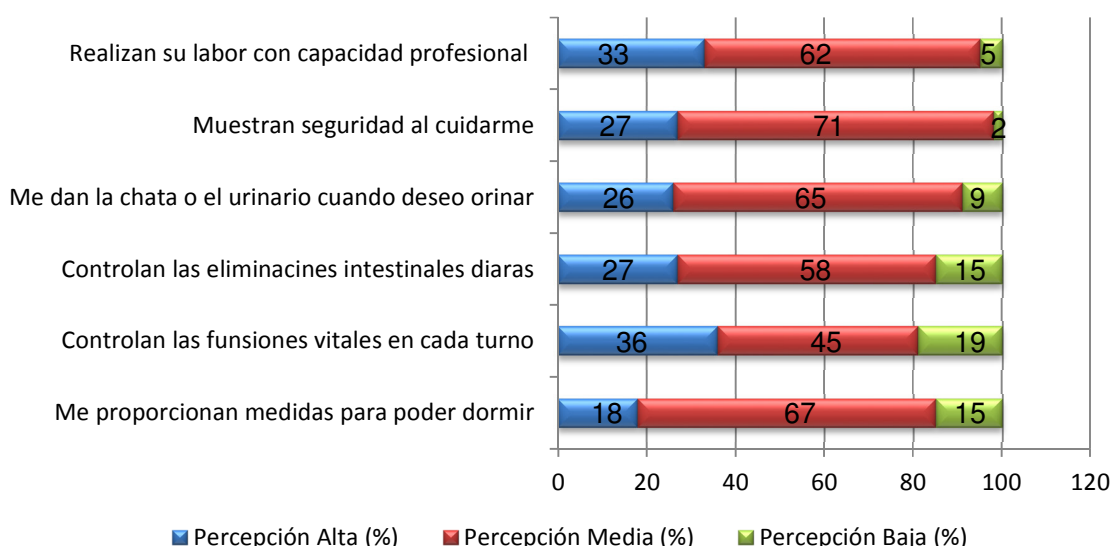
Dimensión **protegen mi intimidad durante los procedimientos** es media en un 60.6%(40) alta en un 28.8% (20) y baja en un 10.6%(5).

Dimensión **me llaman por mi nombre siempre** es media en un 60.6%(40) alta en un 34.8% (20) y baja en un 4.6%(6).

De igual forma, en la dimensión **relación de ayuda- confianza** tenemos que en la mayoría de los ítems los pacientes se muestran satisfechos del cuidado recibido. Destaca los niveles porcentuales del 61% al 74% estadísticamente representativa entre los demás, en especial en los ítems “*El ambiente donde me hospitalizan es acogedor*”, “*Me dan bienestar y comodidad en mi unidad*”, “*Me brindan privacidad, cuando lo requiero*”. Igualmente, el ítem “*Protegen mi intimidad durante los procedimientos*”, alcanzaron un 11% que están insatisfechos del cuidado ofrecido. Watson, (1979) refiere que para humanizar la asistencia sanitaria, es necesario tener en cuenta ciertos principios referidos al amor, apoyo emocional, apoyo físico y espiritual, crear ayuda y confianza que permita asistir las necesidades humanas en su totalidad. ⁽⁹⁾ Para el desarrollo de una relación de ayuda – confianza, es necesaria una relación de confianza que promueva y acepte la expresión de sentimientos positivos y negativos. Esto implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz. La coherencia conlleva ser real, honesto, genuino y auténtico.

Gráfico 06

**Percepción del Cuidado Humanizado según la dimensión
provisión del entorno de apoyo protección del Paciente
Hospitalizado en el Servicio de Cirugía
Oncológica, INEN-OPE, 2015**



Según el grafico 06 Percepción del Cuidado Humanizado según la dimensión **provisión del entorno de apoyo protección** del paciente hospitalizado en el Servicio de Cirugía Oncológica observamos que:

Dimensión **realizan su labor con capacidad profesional** es media en un 62%(46) alta en un 33% (18) y baja en un 5%(2).

Dimensión **muestran seguridad al cuidarme** es media en un 71%(49) alta en un 27% (13) y baja en un 2%(4).

Dimensión **me dan chata u urinario cuando deseo orinar** es media en un 65%(46) alta en un 26% (18) y baja en un 9%(2).

Dimensión **controlan las eliminaciones intestinales diarias** es media en un 58%(40) alta en un 27% (20) y baja en un 15%(5).

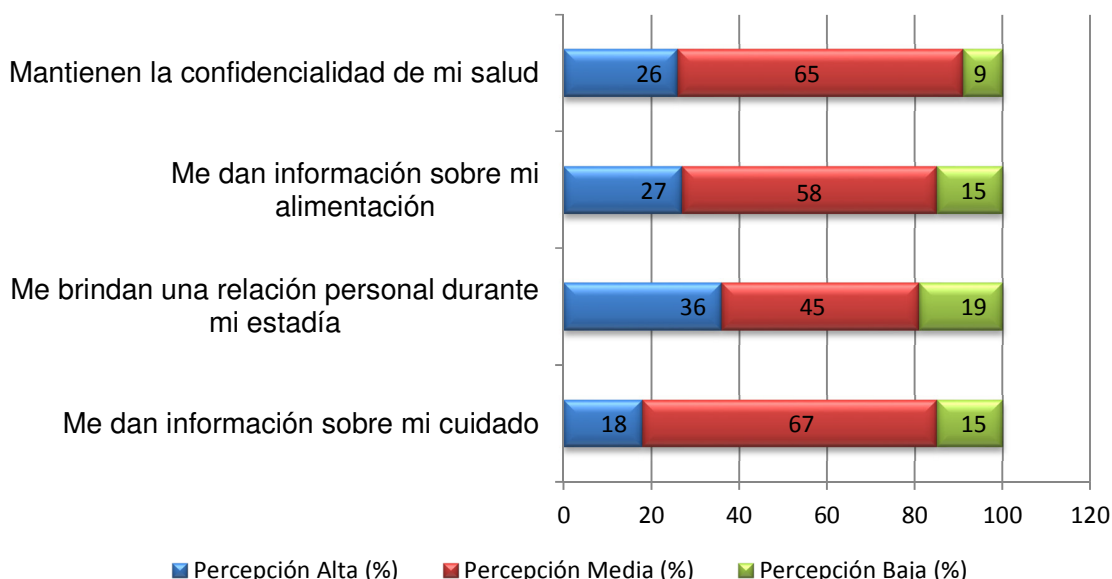
Dimensión **controlan las funciones vitales en cada turno** es media en un 45%(40) alta en un 36% (20) y baja en un 19%(6).

Dimensión **me proporcionan medidas para poder dormir** es media en un 67%(40) alta en un 18% (20) y baja en un 15%(5).

En relación a la calidad de cuidado humanizado del paciente hospitalizado según la dimensión **provisión del entorno de apoyo protección** obtenemos que en la mayoría de los ítems también los pacientes se muestran satisfechos del cuidado ofrecido. Existen niveles de percepción altos del 18% al 33% porcentualmente representativa entre los demás niveles, en especial en los ítems “*Muestran seguridad al cuidarme*”, “*Me proporcionan medidas para poder dormir*”, “*Me dan la chata o el urinario cuando deseo orinar*”. Igualmente, algunos pacientes se muestran insatisfechos del cuidado ofrecido en el ítem “*Controlan las funciones vitales en cada turno*”, alcanzaron un 36%.

De acuerdo a Watson ⁽⁶¹⁾ esta dimensión la utilización del proceso de enfermería conlleva un planteamiento científico de la resolución de los problemas de la asistencia de enfermería, disipando la imagen tradicional de las enfermeras(os) como “criadas de los médicos”. El proceso de enfermería es similar al de investigación, en cuanto es sistemático y organizado. Lo que hace suponer que la enfermera cumple su labor con alta capacidad profesional.

Gráfico 07
Percepción del Cuidado humanizado según la dimensión
enseñanza-aprendizaje interpersonal del Paciente
Hospitalizado en el Servicio de Cirugía
Oncológica, INEN-OPE, 2015



Según el grafico 07 Percepción del Cuidado Humanizado según la dimensión **enseñanza aprendizaje interpersonal** del paciente hospitalizado en el Servicio de Cirugía Oncológica observamos que:

Dimensión **mantienen la confidencialidad de mi salud** es media en un 65%(43) alta en un 26% (17) y baja en un 9%(6).

Dimensión **me dan información sobre mi alimentación** es media en un 58%(38) alta en un 27% (17) y baja en un 15%(10).

Dimensión **me brindan una relación personal durante mi estadía** es media en un 45%(29) alta en un 36% (24) y baja en un 19%(13).

Dimensión **me dan información sobre mi cuidado** es media en un 67%(44) alta en un 18% (12) y baja en un 15%(10).

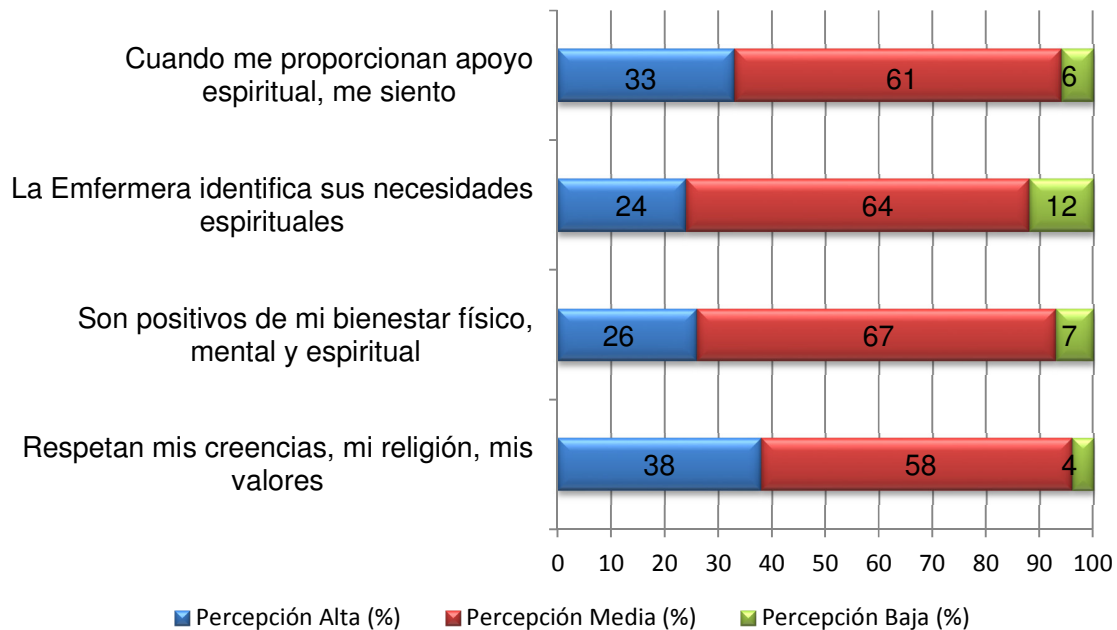
En relación a la calidad de cuidado humanizado del paciente hospitalizado según la **enseñanza-aprendizaje interpersonal** obtenemos que en la mayoría de los ítems también los pacientes se muestran satisfechos del cuidado ofrecido. Existen niveles

de satisfacción altos del 52% al 70%, porcentualmente representativa entre los demás niveles, en específico en los ítems “*Me brindan una relación personal, durante mi estadía*”, “*Me proporcionan medidas para poder dormir*”, “*Mantienen la confidencialidad de mi salud*” y “*Me dan información sobre mi alimentación*”. Igualmente, varios (13/66) pacientes se muestran insatisfechos del cuidado ofrecido en el ítem “*Me dan información sobre mi cuidado*”, alcanzaron un 20%.

Según Watson ⁽⁶¹⁾ esta dimensión es un concepto importante de la enfermería, dado que separa la asistencia de la curación. Permite informar al paciente y derivar hacia éste la responsabilidad sobre su salud y bienestar. La enfermera(o) facilita este proceso con técnicas de enseñanza – aprendizaje, diseñadas para permitir que el paciente consiga el auto cuidado, determine sus necesidades personales y adquiera la capacidad de desarrollarse personalmente. Watson ⁽⁶²⁾ considera que las enfermeras(os) tienen la responsabilidad de promover la salud a través de actividades preventivas. Este objetivo se alcanza enseñando a los pacientes los cambios personales que han de realizar para promocionar su salud, enseñándoles métodos de resolución de problemas e identificando la capacidad de afrontamiento y la adaptación a las pérdidas.

Gráfico 08

Percepción del Cuidado Humanizado según la dimensión asistencia en la gratificación de las necesidades humanas del Paciente Hospitalizado en el Servicio de Cirugía Oncológica , INEN-OPE, 2015



Según el grafico 08 Percepción del Cuidado Humanizado según la dimensión **asistencia en la gratificación de las necesidades humanas** del paciente Hospitalizado en el Servicio de Cirugía Oncológica observamos que:

Dimensión **cuando me proporcionan apoyo espiritual, me siento**, es media en 61%, alta en 33% y percepción baja 6%.

Dimensión **la enfermera identifica sus necesidades espirituales** es media en un 64%(42) alta en un 24% (16) y baja en un 12%(8).

Dimensión **son positivos de mi bienestar físico, mental y espiritual** es media en un 67%(44) alta en un 26% (17) y baja en un 7%(4).

Dimensión **respetan mis creencias, mi religión, mis valores** es media en un 58%(38) alta en un 38% (25) y baja en un 4%(3).

En relación a la calidad de cuidado humanizado del paciente hospitalizado según la **asistencia en la gratificación de las necesidades humanas** se destaca que la mayoría de los ítems los pacientes se muestran una percepción alta del cuidado ofrecido. Existen altos niveles de percepción del 24% al 38%, porcentualmente representativa entre los demás niveles, en especial en los ítems *“cuando me proporcionan apoyo espiritual, me siento bien”*, y *“Respetan mis creencias, mi religión, mis valores”*. Sin embargo, el 12% de ellos tienen una percepción baja respecto a que *“La Enfermera identifica sus necesidades espirituales”*.

Según Pinedo VM, y Col. (2009) en su trabajo “Cuidados de enfermería en el “sufrimiento espiritual” aplicando el modelo de Jane Watson, refiere que “rezar se asocia a beneficios en salud para la persona que acude a servicios religiosos y reflejan la importancia que las creencias espirituales tienen para las personas, la comunicación con un “poder superior”, el “apoyo emocional” que le producen efectos positivos en su salud. Se expone el modelo de “El Cuidado Humano de Watson”, orientado a conocer y analizar las vivencias espirituales”.⁽⁸⁴⁾

Se deja claro que se ha tratado de evitar sesgos en la medición, a través de la estandarización en la metodología empleada por los encuestadores. No obstante, se señala que no se ha podido evitar algunos otros, por cuanto están presentes otros factores que no han sido estudiados directamente, tales como: nivel económico, estado emocional, estadio de la enfermedad, los aspectos culturales, tales como las concepciones acerca de la salud y enfermedad, así como la experiencia previa de familiares o amigos en la atención, los que pudieron influir en los resultados.

5.1.2. Análisis inferencial

En este punto realizaremos el análisis demostrativo de que si existe evidencias o no para aceptar o rechazar la hipótesis general y las específicas de nuestro estudio de investigación propuesto.

Hipótesis general

H₁: La percepción de la calidad de cuidado humanizado del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en el 2014 **es adecuada**.

H₀: La percepción de la calidad de cuidado humanizado del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en el 2014 **no es adecuada**.

Ahora, en base a los indicadores propuestos para medir percepción de la calidad de cuidado humanizado del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, hemos considerado que los usuarios hospitalizados del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas opinan que la calidad de cuidado humanizado recibida como buena en más del 70%.

HIPOTESIS

$$H_0 : p \leq 0.7$$

$$H_1 : p > 0.7$$

PRUEBA ESTADÍSTICA

Prueba Z de proporción de una sola muestra

$$Z = \frac{p - p_0}{\sqrt{\frac{p_0(1 - p_0)}{n}}}$$

Datos:

$$P = 0.7$$

P = 0.833 (A este le corresponde el porcentaje de usuarios satisfechos que percibieron la calidad de cuidado humanizado como regular y buena en los servicios de hospitalización del Instituto).

$$n = 66$$

Reemplazando tenemos que:

$$Z = \frac{0.833 - 0.7}{\sqrt{\frac{0.7(1 - 0.7)}{66}}} = 2.358$$

DECISION:

Los resultados de la prueba $Z = 2.358$ nos indica que se acepta la hipótesis alterna (H₁).

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

- Nuestros resultados obtenidos indican que existe evidencia estadística para aceptar que la **percepción de la calidad de cuidado humanizado del paciente** hospitalizado en el servicio de cirugía Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, es regular del 64%.
- En relación al cuidado que brinda el profesional de Enfermería, en el servicio de cirugía Oncológica del INEN, según la dimensión **“Inculcación de la fe-esperanza”** la mayoría de los pacientes tienen una percepción regular acerca del cuidado humano del 89.4%.
- Respecto al cuidado que brinda el profesional de Enfermería, en el servicio de cirugía Oncológica del INEN, según la dimensión **“Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás”** la mayoría de los pacientes tienen una percepción regular acerca del cuidado humano del (68.2%).
- Respecto al cuidado que brinda el profesional de Enfermería, en el servicio de cirugía Oncológica del INEN, según la dimensión **“Desarrollo de una relación ayuda-confianza”** la mayoría de los pacientes tienen una percepción regular acerca del cuidado humano del 77.3%.
- Respecto al cuidado que brinda el profesional de Enfermería, en el servicio de cirugía Oncológica del INEN, según la dimensión **“Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones”** la mayoría de los pacientes tienen una percepción regular acerca del cuidado humano del 62.1%.
- Respecto al cuidado que brinda el profesional de Enfermería, en el servicio de cirugía Oncológica del INEN, según la dimensión **“Promoción de enseñanza-aprendizaje interpersonal”** la mayoría de los pacientes tienen una percepción regular acerca del cuidado humano del 74.2%.

- Respecto al cuidado que brinda el profesional de Enfermería, en el servicio de cirugía Oncológica del INEN, según la dimensión “**Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas**” la mayoría de los pacientes tienen una percepción regular acerca del cuidado humano del **68.2%**.

Se subraya que la percepción del cuidado humano que realiza el profesional de enfermería en favor de los pacientes, está basada en el hecho de que varias veces se aplican los criterios apropiados para un cuidado humanizado y una adecuada calidad en la atención en los servicios de cirugía oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

6.2. RECOMENDACIONES

- Que los resultados de la presente investigación sean socializados con el personal del servicio y las autoridades de enfermería de la institución.
- Que el Departamento de Enfermería y los servicios de hospitalización de Cirugía elaboren estrategias orientadas a la reflexión/acción y/o programas de actualización sobre cuidados humanizados de enfermería.
- Realizar investigaciones cualitativas como cuantitativas en los diferentes servicios, a fin de garantizar la calidad y la humanización del cuidado en el profesional enfermero (a).
- Se sugiere adoptar estrategias y/o planes de mejoras en todos los servicios de cirugía. Así como continuar actividades de capacitación sobre el tema para que de esta manera se pueda contribuir en mejorar la imagen profesional de enfermería

REFERENCIAS

-
- ¹Deming Edwards, NicolaouJesus, Calidad, Productividad y Competitividad: La Salida de la Crisis. Ediciones Diaz Santos. 1989.
- ² Pelozo y otros, en: Rev temas de enfermería actualizado (ARG). Vol.n21 marzo 1997
- ³ García M-CC, Sellan SMC. Fundamentos teóricos y metodológicos de enfermería. 1995.
- ⁴ Gustavo Alcántara Moreno. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens. Revista Universitaria de Investigación, Año 9, No. 1, junio 2008
- ⁵ Sarria-Bardales G, Limache-García A. Control del cáncer en el Perú: un abordaje integral para un problema de salud pública. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(1):93-8
- ⁶Perlasa, Jorge L. Percepción de la Atención de Enfermería de los Pacientes sometidos a hemodiálisis Periódica frente a sus Reacciones Emocionales, Ecuador, 2002; Buscador Google. Percepción de la atención de Enfermería. <http://usuarios.lycos.es/enfermeriapien/invesc/percepatención.htm>
- ⁷ <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/jean-watson.html> Consultado el 23 de setiembre del 2014.
- ⁸ Watson J. Enfermería: Ciencia humana y cuidados humanos. Una teoría de enfermería. Boston: Jones and Bartlett; 1979.
- ⁹<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/125/251>
- ¹⁰Opcit 8.
- ¹¹Grisales NL, Valencia AM. Cuidado humanizado. El caso de los pacientessometidos a quimioterapia. Colombia. 2013
- ¹²Opcit 21.
- ¹³Opcit 22.
- ¹⁴Perlasa, Jorge L. Percepción de la Atención de Enfermería de los Pacientes sometidos a hemodiálisis Periódica frente a sus Reacciones Emocionales, Ecuador, 2002; Buscador Google. Percepción de la atención de Enfermería. <http://usuarios.lycos.es/enfermeriapien/invesc/percepatención.htm>
- ¹⁵Gonzáles, Manuel; La Percepción; México, 2002; html.rincónelvago.com/percepción_3html. Buscador Google. La Percepción
- ¹⁶Day R. M. "Psicología de la Percepción Humana". Ed. LimusaWiley S. A., D. F. México 1994
- ¹⁷Kozier, Bárbara. Fundamentos de Enfermería, 2da Edición Mc Graw Hill Interamericana, España, Madrid, 1999, Vol. 1. Pág.3, 14.
- ¹⁸Opcit 27.
- ¹⁹ Opcit 2
- ²⁰ Diccionario de la Lengua Española. Vigésima Quinta edición. 2010.
- ²¹Organización Mundial de la salud. http://ocw.uca.es/pluginfile.php/1039/modresource/content/1/TEMA_1.pdf

-
- ²²Dueñas Araque, Oscar Alonso. "Calidad Salud: Dimensiones de la Calidad". Disponible en: www.gerenciasalud.com.
- ²³Alacoque LE, Josete LL, Costa MI, Trevizan MA, Carvalho DC. Análisis de investigaciones brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería. *Rev. Ciencia y Enfermería* XI años. 2001;(2): 35–46. (Consultado 2014 Julio 13)
- ²⁴Bolton LB, Aydin CE, Donaldson N, Brown DS, Nelson MS, Harma D. Nurse staffing and patient perceptions of nursing care. *J Nurs Adm.* 2003; 33:607-14.
- ²⁵Rehnstrom L, Chritensson L, Leino-Keipi H, Unosson M. Adaptation and psychometric evaluation of the Swedish version of the Good Nursing Care Scale Patients. *Scan J Caring Sci.* 2003; 17:308-14.
- ²⁶Larrabee JH, Bolden LV. Defining patient-perceived quality of nursing care. *J NursCareQual.* 2001; 16:34-60.
- ²⁷Jaipaul CK, Rosenthal GE. ¿Los pacientes de edad avanzada más satisfechos con la atención hospitalaria que los pacientes más jóvenes? *J Gen InternMed.* 2003; 18: 23-30.
- ²⁸Chang E, L Chenoweth, Hancock K. necesidades de enfermería de adultos mayores hospitalizados. Consumo y enfermeras perceptions. *J GerontolNurs.* 2003; 29: 32-41.
- ²⁹Larsson BW. Patients' views on quality of care: age effects and identification of patient profiles. *J ClinNurs.* 1999;8:693-70
- ³⁰Donabedian, Avedis (1990): *Garantía y Calidad de la Atención Médica*. Instituto Nacional de Salud Pública, México. Pág 9-13.
- ³¹Palmer H. *Ambulatory Health Care Evaluation. Principles and Practice.* Am HospPublish. 1983.
- ³²Eríksen, L., Waltz, C. & Strickland, O. (1988). *Measurement of nursing outcomes* Springer Pubhshing Company, New York.
- ³³Dugas, Beverly Witter: *Tratado de Enfermería Práctica*; 4ta Edición; México. Editorial Interamericana. 1998.
- ³⁴Decreto Supremo N° 001-2007-SA - Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Organismo Público Descentralizado Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- ³⁵Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO). <http://www.seeo.org/>
- ³⁶Watson, J. *Nursing Human science and Human Care: A Theory of Nursing* New York: National League of Nursing, 1988. Pág. 158.
- ³⁷Bermejo, J.C. "Humanizar la salud" Editado. Printed en Artes Gráficas. Madrid, España. 1997. Pág.16.
- ³⁸García G. La noción de profesión, su ser y su sentido: referentes éticos morales. En: *Problemas de ética aplicada. Colección Bios y Ethos 4*. Bogotá: Ediciones El Bosque. 1997. p. 99-102
- ³⁹Op. Cit. Medina, J. L. (1999) Pág. 14
- ⁴⁰Mayeroff, M. (1971). *A Arte de Servir Ao Próximo Para Servir A Si Mesmo*. Editora Récord. Brasil. p.p. 24, 33-46
- ⁴¹Catherine del Rosario Mera Cárdenas. El cuidado humanizado de enfermería a la familia y paciente moribundo: una perspectiva de los internos de enfermería. [Sitio en internet]. Disponible en: cybertesis.unmsm.edu.pe. consultado 20 de julio del 2014.

-
- ⁴²Meleis I. Theoretical Nursing: Development & Progress. 3 edition. Philadelphia: Lippincott; 1997
- ⁴³Roy C. Research Based on the Roy Adaptation Model: Last 25 Years. Nursing Science Quarterly 2011;24(4):312-320
- ⁴⁴Swanson KM. Nursing as informed caring for the well-being of others. Image: The Journal of Nursing scholarship 1993;25(4):352-357.
- ⁴⁵Kolcaba K. A theory of holistic comfort for nursing. Journal of Advanced Nursing 1994;19:1178-1184.
- ⁴⁶Acuña L. "Humanización en el cuidado de Enfermería" Colombia [Tesis de Licenciatura]. Departamento de Docencia e Investigación de Enfermería Swiss Medical Group Colombia 2008. (Acceso, 22 de Mayo 2014).
- ⁴⁷PerpiñaGalvan J. Análisis de los registros de enfermería del hospital General Universitario de Alicante y pautas para mejorar su cumplimentación. Enfermería Clínica. 2005; 15(2):95-102.
- ⁴⁸Heidegger M. O ser e o tempo. Petropolis (RJ): Vozes; 1995.
- ⁴⁹Lammi W. Hans-Georg Gadamer's "Correction" of Heidegger. Journal of the History of Ideas, Vol. 52, No. 3. (Jul. - Sep., 1991), pp. 487-507.
- ⁵⁰Paterson JG, Zderad, L. Humanistic Nursing Theory: Caring Behavior of nurses Scale, Hind, 1988.
- ⁵¹Goberna, J. La enfermedad a lo largo de la historia. Un punto de mira entre la biología y la simbología. Índex de Enfermería, (2004). 47, 49-53.
- ⁵²Savater, F Las enfermeras. Diario El País, 24 de septiembre (1995). Disponible: <http://elpais.com>. Consultado: Diciembre 2014.
- ⁵³Waldow, V. (1998). Cuidado Humano. O ResgateNecessário. Editorial SagraLuzzatto. Brasil. p.p. 17-19, 56-62.
- ⁵⁴Mayeroff, M. (1971). A Arte De Servir Ao Próximo Para Servir A Si Mesmo. Editora Récord. Brasil. p.p. 24, 33-46.
- ⁵⁵Boff, L. (1999). Saber Cuidar. Ética do Humano-Compaixao Pela Terra. Brasil. Editora Vozes. p.p. 90-92.
- ⁵⁶El cuidado humano como valor en el ejercicio de los profesionales de la salud. González G., Rosa M.; Bracho de L., Cira; Zambrano de G., Amarilis; Marquina, Mary; Guerra, Carmen A. 2009. Artículo
- ⁵⁷Leininger M. Teoría de los cuidados culturales. In: Marinee A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 6a ed. Philadelphia: Mosby; 2007.p. 472-98
- ⁵⁸Leininger M. Teoría de los cuidados culturales. In: Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 6a ed. Philadelphia: Mosby; 2007.p. 472-98.
- ⁵⁹Parsons T, Bales RF, Shils EA. Apuntes sobre la teoría de la acción. Buenos Aires: Amorrortu; 1970
- ⁶⁰Watson J. Enfermería: La filosofía y ciencia de cuidados. Colorado: Colorado Associated University Press; 1985.
- ⁶¹Butelman I, compiladora. Pensando las instituciones, sobre teorías y prácticas en educación. Buenos Aires: Piados; 1996. p. 140-61.
- ⁶²Watson, J. Nursing: the Philosophy and Science of caring. Boston: Little Brown and Company, 1979.
- ⁶³Watson J. "Ciencia Humana y cuidado humano: una teoría de enfermería". New York, Nacional League for Nursing. 1988

-
- ⁶⁴Medina, J. L. "La pedagogía del cuidado" Edita. Alertes. 1ª Edición. España, 1999. Pág. 14
- ⁶⁵Watson, J. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. En: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson. Consultado: el 14 de julio de 2008
- ⁶⁶Cohen, J. A. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. Journal of Advanced Nursing 1991; 16:899-909.
- ⁶⁷Manual CTO de Medicina y Cirugía, tomo I, ISBN 84-930264-3-3. Consultado el 7 de Abril de 2014
- ⁶⁸Plan Estratégico Institucional, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/institucional/Plan_Estrategico/2211_2011_PEI_2011_2015.pdf
- ⁶⁹Watson, J. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. En: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson. Consultado: el 14 de julio de 2008.
- ⁷⁰Opcit 10.
- ⁷¹Opcit 22.
- ⁷²Opcit 20
- ⁷³Opcit 8.
- ⁷⁴Opcit 13.
- ⁷⁵Opcit 14.
- ⁷⁶Opcit 16.
- ⁷⁷Opcit 18.
- ⁷⁸Opcit 20.
- ⁷⁹Opcit 21.
- ⁸⁰Opcit 19.
- ⁸¹Seclén-Palacin J, Darras C. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Perú, 2000. Anales de la Facultad de Medicina, Lima 2005; 66:127-41
- ⁸²Aquiño R, Arias G, Flores F. Nivel de Satisfacción del paciente oncológico en relación a la Atención del Personal de Salud. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. 2002.
- ⁸³Opcit 19
- ⁸⁴Opcit 13.

BIBLIOGRAFIA

- Acosta Revollo, Ana Cristina. Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado brindado por enfermería en una IPS del tercer nivel. [Sitio en internet]. Disponible en: siacurn.curnvirtual.edu.co:8080. Consultado el 7 de agosto del 2014.
- Acuña L. "Humanización en el cuidado de Enfermería" Colombia [Tesis de Licenciatura]. Departamento de Docencia e Investigación de Enfermería Swiss Medical Group Colombia 2008. (Acceso, 22 de Mayo 2014).
- Aiquipa A. (2003) Calidad de atención de enfermería según opinión de los pacientes sometidos a quimioterapia en la Unidad de Tratamiento Multidisciplinario del INEN, Lima 2003
- Alacoque LE, Josete LL, Costa MI, Trevizan MA, Carvalho DC. Análisis de investigaciones brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería. Rev. Ciencia y Enfermería XI años. 2001;(2): 35–46. (Consultado 2014 Julio 13)
- Aquino R, Arias G, Flores F. Nivel de Satisfacción del paciente oncológico en relación a la Atención del Personal de Salud. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. 2002.
- Barbero López, Víctor M. (2012) Atributos del cuidado humanizado de enfermería en personal asistencial.
- Bermejo, J.C. "Humanizar la salud" Editado. Printed en Artes Gráficas. Madrid, España. 1997. Pág.16.
- Boff, L. (1999). Saber Cuidar. Ética do Humano-Compaixao Pela Terra. Brasil. Editora Vozes. p.p. 90-92.
- Bolton LB, Aydin CE, Donaldson N, Brown DS, Nelson MS, Harma D. Nurse staffing and patient perceptions of nursing care. J NursAdm. 2003; 33:607-14.
- Butelman I, compiladora. Pensando las instituciones, sobre teorías y prácticas en educación. Buenos Aires: Piados; 1996. p. 140-61.
- Catherine del Rosario Mera Cárdenas. El cuidado humanizado de enfermería a la familia y paciente moribundo: una perspectiva de los internos de enfermería. [Sitio en internet]. Disponible en: cybertesis.unmsm.edu.pe. consultado 20 de julio del 2014.
- Chang E, L Chenoweth, Hancock K. necesidades de enfermería de adultos mayores hospitalizados. Consumo y enfermeras perceptions. J GerontolNurs. 2003; 29: 32-41.
- Cohen, J. A. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. Journal of AdvancedNursing 1991; 16:899-909.
- Day R. M. "Psicología de la Percepción Humana". Ed. LimusaWiley S. A., D. F. México 1994
- Decreto Supremo N° 001-2007-SA - Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Organismo Público Descentralizado Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Diccionario de la Lengua Española. Vigésima Quinta edición. 2010.

-
- Donabedian, Avedis (1990): Garantía y Calidad de la Atención Médica. Instituto Nacional de Salud Pública, México. Pág 9-13.
 - Dueñas Araque, Oscar Alonso. "Calidad Salud: Dimensiones de la Calidad". Disponible en: www.gerenciasalud.com.
 - Dugas, Beverly Witter: Tratado de Enfermería Práctica; 4ta Edición; México. Editorial Interamericana. 1998.
 - El cuidado humano como valor en el ejercicio de los profesionales de la salud. González G., Rosa M.; Bracho de L., Cira; Zambrano de G., Amarilis; Marquina, Mary; Guerra, Carmen A. 2009. Artículo
 - Eríksen, L., Waltz, C. & Strickland, O. (1988). Measurement of nursing outcomes Springer Pubhshing Company, New York.
 - Espinoza ML, Huerta BK, Pantoja QJ, Velásquez CW. (2010). "El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho".
 - Estrategias del informe de la OMS. Nuevos conocimientos y nuevas esperanzas. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>. Consultado el 4 de octubre, 2014.
 - Garcés MC. (2009) Calidad de servicio desde la percepción del usuario externo de consulta externa en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima-Perú. 2008" (Tesis de Maestría) Universidad Nacional Federico Villarreal.
 - García G. La noción de profesión, su ser y su sentido: referentes éticos morales. En: Problemas de ética aplicada. Colección Bios y Ethos 4. Bogotá: Ediciones El Bosque. 1997. p. 99-102
 - Globocan 2012, IARC. http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
 - Goberna, J. La enfermedad a lo largo de la historia. Un punto de mira entre la biología y la simbología. *Índex de Enfermería*, (2004). 47, 49-53.
 - Gonzáles, Manuel; La Percepción; México, 2002; html.rincóndelvago.com/percepción_3html. Buscador Google. La Percepción
 - Heidegger M. O ser e o tempo. Petropolis (RJ): Vozes; 1995.
 - Jaipaul CK, Rosenthal GE. ¿Los pacientes de edad avanzada más satisfechos con la atención hospitalaria que los pacientes más jóvenes? *J Gen Intern Med*. 2003; 18: 23-30.
 - Kolcaba K. A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing* 1994;19:1178-1184.
 - Kozier, Bárbara. Fundamentos de Enfermería, 2da Edición Mc Graw Hill Interamericana, España, Madrid, 1999, Vol. 1. Pág.3, 14.
 - Lammi W. Hans-Georg Gadamer's "Correction" of Heidegger. *Journal of the History of Ideas*, Vol. 52, No. 3. (Jul. - Sep., 1991), pp. 487-507.
 - Larrabee JH, Bolden LV. Defining patient-perceived quality of nursing care. *J Nurs Care Qual*. 2001; 16:34-60.
 - Larsson BW. Patients' views on quality of care: age effects and identification of patient profiles. *J ClinNurs*. 1999;8:693-70

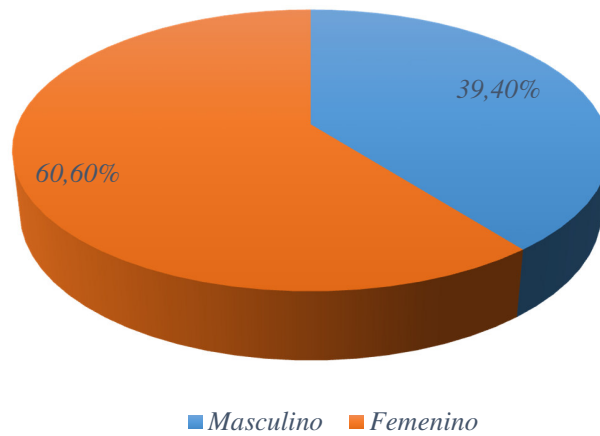
-
- Leininger M. Teoría de los cuidados culturales. In: Marinee A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 6a ed. Philadelphia: Mosby; 2007.p. 472-98
 - Leininger M. Teoría de los cuidados culturales. In: Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 6a ed. Philadelphia: Mosby; 2007.p. 472-98.
 - Manual CTO de Medicina y Cirugía, tomo I, ISBN 84-930264-3-3. Consultado el 7 de Abril de 2014
 - Mayeroff, M. (1971). A Arte de Servir Ao Próximo Para Servir A Si Mesmo. Editora Récord. Brasil. p.p. 24, 33-46
 - Medina, J. L. "La pedagogía del cuidado" Edita. Alertes. 1ª Edición. España, 1999. Pág. 14
 - Meleis I. Theoretical Nursing: Development & Progress. 3 edition. Philadelphia: Lippincott; 1997
 - Ministerio de Salud del Perú. Unidad Coordinadora de Acreditación de Establecimientos de Salud. Compendio del Curso de Capacitación para evaluación de Establecimientos de Salud. 1999.
 - Novaes H, Paganini J. Estándares e indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington D.C. OPS; 1994.
 - Organización Mundial de la salud.
http://ocw.uca.es/pluginfile.php/1039/modre_source/content/1/TEMA_1.pdf
 - Palmer H. Ambulatory Health Care Evaluation. Principles and Practice. Am HospPublish. 1983.
 - Parsons T, Bales RF, Shils EA. Apuntes sobre la teoría de la acción. Buenos Aires: Amorrortu; 1970
 - Paterson JG, Zderad, L. Humanistic Nursing Theory: Caring Behavior of nurses Scale, Hind, 1988.
 - PerozaKrigmar, Querales Francy y Silva Maira. Calidad de los cuidados de enfermería dirigidos al adulto mayor en la Unidad Gerontológica "Doña María Pereira de Daza" Barquisimeto, Venezuela, 2009.
[file:///C:/Users/HP/Desktop/TIEWY101DV4C352009 .pdf](file:///C:/Users/HP/Desktop/TIEWY101DV4C352009.pdf)
 - PerpiñaGalvan J. Análisis de los registros de enfermería del hospital General Universitario de Alicante y pautas para mejorar su cumplimentación. Enfermería Clínica. 2005; 15(2):95-102.
 - Plan Estratégico Institucional, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/institucional/Plan_Estrategico/2211_2011_PEI_2011_2015.pdf
 - Pobleto Troncoso. Cuidado humanizado un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm 2007;20(4)499-503 [Sitio en internet]. Disponible en: www.scielo.br/pdf/apv/v20n4/18.pdf. Consultado el 18 de setiembre del 2014.
 - Rehnstrom L, Chritensson L, Leino-Keipi H, Unosson M. Adaptation and psychometric evaluation of the Swedish version of the Good Nursing Care Scale Patients. Scan J Caring Sci. 2003; 17:308-14.

-
- Roy C. Research Based on the Roy Adaptation Model: Last 25 Years. *NursingScienceQuarterly* 2011;24(4):312-320
 - Savater, F Las enfermeras. *Diario El País*, 24 de septiembre (1995). Disponible: <http://elpais.com>. Consultado: Diciembre 2014.
 - Seclén-Palacin J, Darras C. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Perú, 2000. *Anales de la Facultad de Medicina*, Lima 2005; 66:127-41
 - Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO). <http://www.seeo.org/>
 - Swanson KM. Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image: The Journal of Nursing scholarship* 1993;25(4):352-357.
 - Vuori HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. Concepto y metodología. Editorial Masson S.A. Barcelona, 1996.
 - Waldow, V. (1998). Cuidado Humano. O ResgateNecessário. Editorial SagraLuzzatto. Brasil. p.p. 17-19, 56-62.
 - Watson J. "Ciencia Humana y cuidado humano: una teoría de enfermería". New York, National League forNursing. 1988
 - Watson J. Enfermería: La filosofía y ciencia de cuidados. Colorado: Colorado Associated University Press; 1985.
 - Watson, J. Nursing Human science and Human Care: A Theory of Nursing New York: National League of Nursing, 1988. Pág. 158.
 - Watson, J. Nursing: the Philosophy and Science of caring. Boston: Little Brown and Company, 1979.

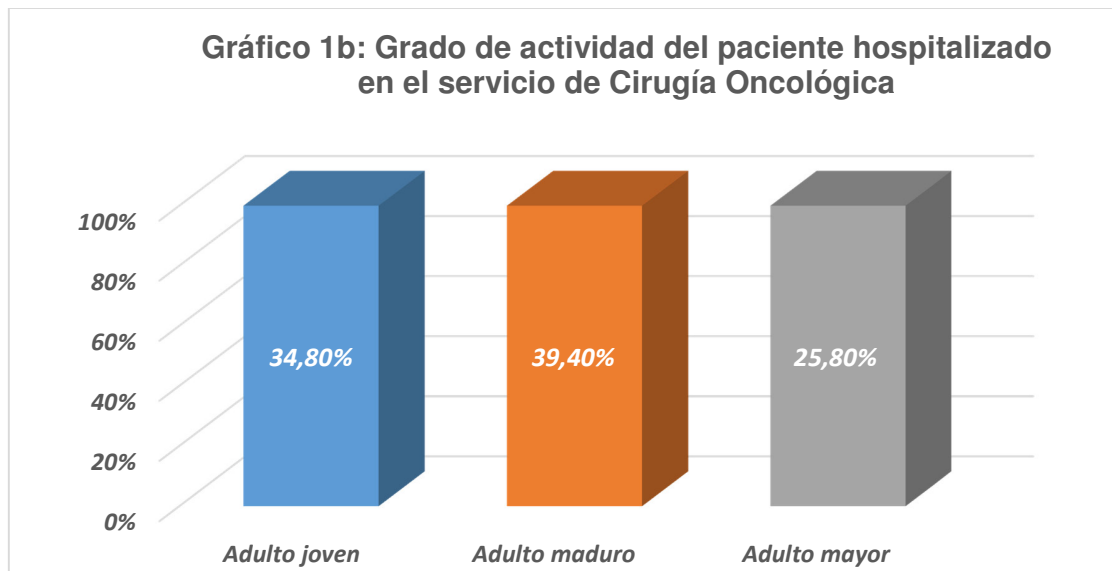
ANEXOS

ANEXO 01

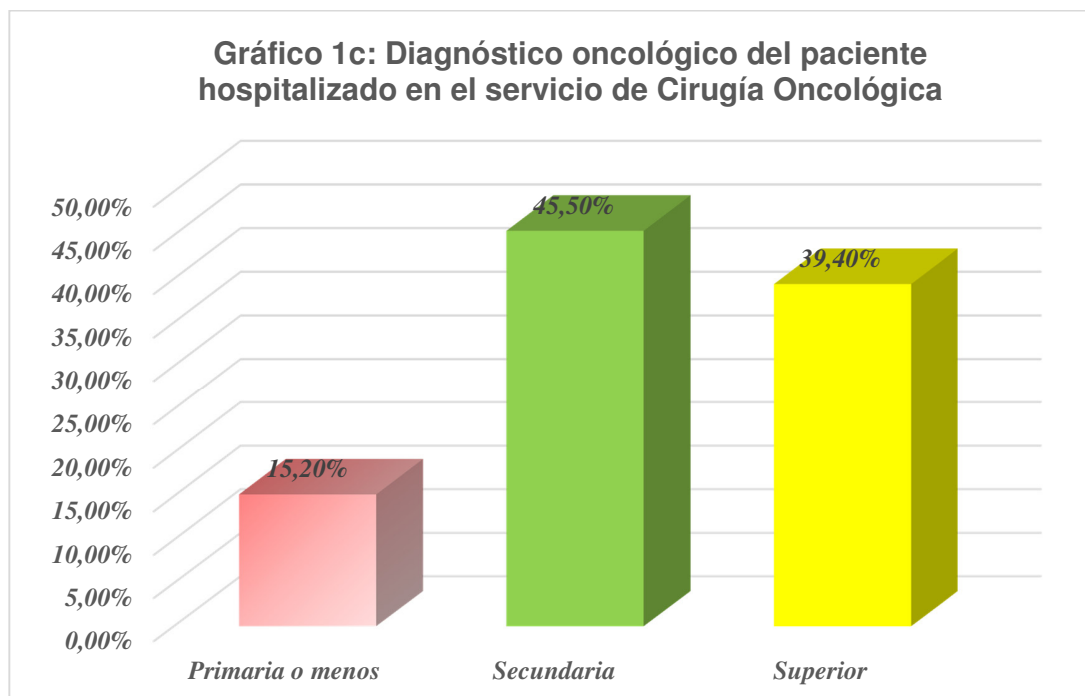
Gráfico 1a: Sexo del paciente hospitalizado en el servicio de Cirugía Oncológica



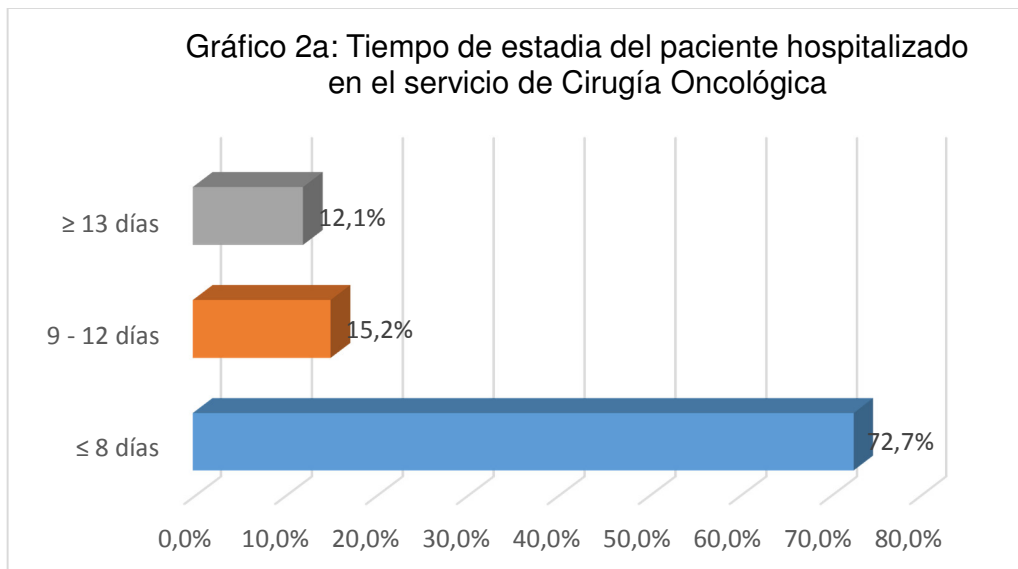
ANEXO 02



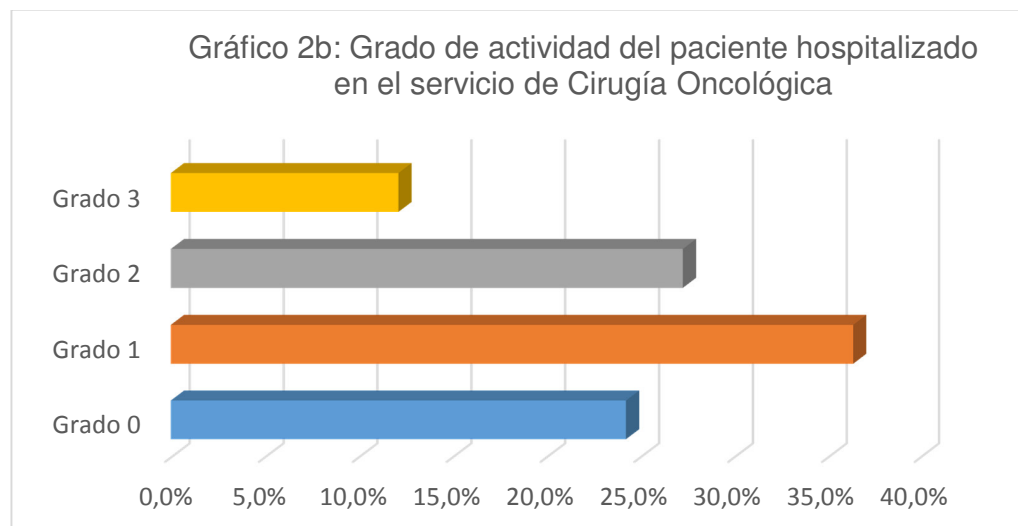
ANEXO 03



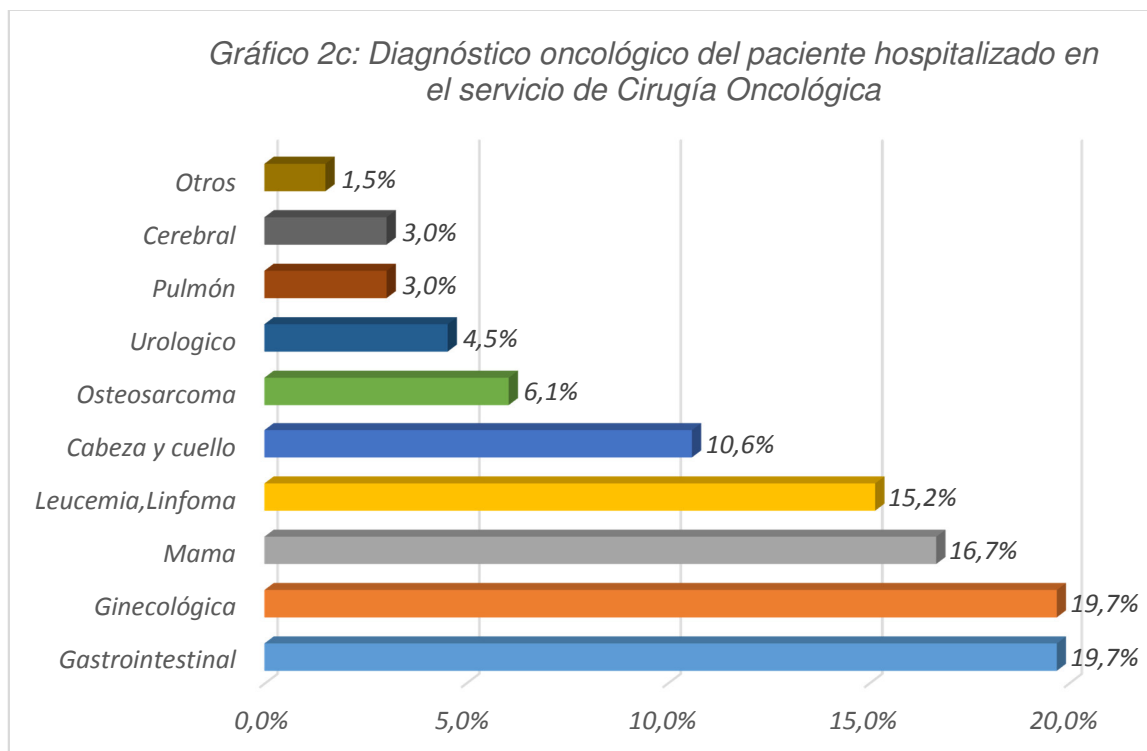
ANEXO 04



ANEXO 05



ANEXO 06



ANEXO 07
MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	Metodología
<p>Problema Principal</p> <p><i>¿Cuál es la percepción de la calidad de cuidado humanizado del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2014?</i></p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la percepción de la calidad de cuidado humanizado del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2014.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>a) Identificar si es humanizado el cuidado que brinda el profesional de Enfermería, en el servicio de cirugía Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, según:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inculcación de la fe- esperanza. • Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás. • Desarrollo de una relación ayuda- confianza • Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones. • Promoción de enseñanza- aprendizaje interpersonal • Permisión de fuerzas existenciales - fenomenológicas 	<p>Hipótesis general</p> <p>H1: La percepción de la calidad de cuidado humanizado del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en el 2014 es adecuada.</p> <p>H2: La percepción de la calidad de cuidado humanizado del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en el 2014 no es adecuada.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>El cuidado que brinda el profesional de enfermería según las dimensiones que más predomina son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de una relación ayuda- confianza • Promoción de enseñanza- aprendizaje interpersonal • Poseen un cuidado humanización inadecuado. 	<p>Clasificación de variables</p> <p>Percepción de la calidad de cuidado humanizado del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía Oncológica del INEN.</p> <p>Definición de variables</p> <p>a) Percepción de la calidad de cuidado humanizado del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía Oncológica del INEN.</p> <p>Es el conjunto de acciones humanística, tecnológica, científico fundamentadas con la relación entre paciente - enfermera, orientado a comprender al otro en el entorno en que desenvuelve.</p>	<p>•TIPO DE INVESTIGACION</p> <p>Según el estudio será de tipo cuantitativo.</p> <p>•DISEÑO DE ESTUDIO</p> <p>De tipo analítico descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.</p> <p>POBLACION Y MUESTRA</p> <p>•POBLACION</p> <p>Todas los pacientes hospitalizados en los servicios de hospitalización de cirugía y medicina de enfermería del NEN, durante los meses de Octubre y diciembre del 2014</p> <p>MUESTRA</p> <p>La muestra del estudio será de tipo probabilístico y por muestreo aleatorio simple.</p> <p>CRITERIOS DE INCLUSIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente nuevo y/o continuador de ambos sexos hospitalizados en el cuarto, quinto y sexto piso este y oeste. • Tener diagnóstico médico oncológico. • Paciente programado para recibir o haber recibido tratamiento médico quirúrgico. • Tiempo de internamiento

				<p>mínimo de tres (03) días.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participación voluntaria. <p>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Negativa del paciente de participar al estudio. • Pacientes que no hayan recibido ningún tipo de tratamiento. • Tiempo de internamiento menor a tres (03) días. • Pacientes con enfermedades infectocontagiosas: TBC, hepatitis, VIH y otros.
--	--	--	--	---

ANEXO 08

MEDICION DE LA VARIABLE PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO

Para la medición de la percepción del cuidado humanizado del paciente se utilizó la campana de Gauss, usando una constante 0.75, dividiéndolo en 3 categorías: alta, media, baja.

- Procedimiento:

1. Se determinó el promedio. (x)

$$x = 96.30$$

2. Se calculó la desviación estándar. (DS)

$$DS = 11.50$$

3. Se establecieron los valores de a y b

$$a = x - 0.75 (DS) \qquad b = x + 0.75 (DS)$$

$$a = 96.30 - 8.63; \qquad b = 96.30 + 8.63$$

$$a = 87.68 = 88; \qquad b = 104.93 = 105$$

- Satisfacción Global del paciente:

Baja : Menos de 88.

Media : Entre 88 y 105.

Alta : Más de 105.

CATEGORIZACION DE LA DIMENSION: INCULCACIÓN DE FE ESPERANZA

Para la clasificación del nivel de satisfacción de la usuaria se utilizó la campana de Gauss, usando una constante 0.75, dividiéndolo en 3 categorías: ALTA, MEDIA, BAJA

- Procedimiento:

1. Se determinó el promedio. (x)

$$x = 16.15$$

2. Se calculó la desviación estándar. (DS)

$$DS = 2.08$$

3. Se establecieron los valores de a y b

$$a = x - 0.75 (S), \qquad b = x + 0.75 (DS)$$

$$a = 16.15 - 1.56, \qquad b = 16.15 + 21.20$$

$$a = 14.63 = 15, \qquad b = 21.20 = 21$$

-
- Satisfacción de dimensión: inculcación de fe esperanza

Baja : Menos de 15.

Media : Entre 15 y 21.

Alta : Más de 21.

CATEGORIZACIÓN DE LA DIMENSIÓN: CULTIVO DE LA SENSIBILIDAD

Para la clasificación del nivel de satisfacción de la usuaria se utilizó la campana de Gauss, usando una constante 0.75, dividiéndolo en 3 categorías: alta, media, baja

- Procedimiento:

1. Se determinó el promedio. (x)

$$x = 19.35$$

2. Se calculó la desviación estándar. (DS)

$$DS = 2.46$$

3. Se establecieron los valores de a y b

$$a = x - 0.75 (DS), \quad b = x + 0.75 (DS)$$

$$a = 19.35 - 1.84, \quad b = 19.35 + 1.84$$

$$a = 17.51 = 18, \quad b = 21.20 = 21$$

- SATISFACCION DE LA USUARIA: Cultivo de la sensibilidad

Baja : Menos de 18.

Media : Entre 18 y 21.

Alta : Más de 21.

CATEGORIZACION DE LA DIMENSION: RELACIÓN AYUDA- CONFIANZA

Para la clasificación del nivel de satisfacción de la usuaria se utilizó la campana de Gauss, usando una constante 0.75, dividiéndolo en 3 categorías: alta, media, baja

- Procedimiento:

1. Se determinó el promedio. (x)

$$x = 16.06$$

2. Se calculó la desviación estándar. (DS)

$$DS = 2.12$$

3. Se establecieron los valores de a y b

$$a = x - 0.75 (DS), \quad b = x + 0.75 (DS)$$

$$a = 16.06 - 1.59, \quad b = 16.06 + 1.59$$

$$a = 14.47 = 14, \quad b = 17.65 = 18$$

- SATISFACCION DE LA USUARIA: Relación ayuda- confianza

Baja : Menos de 14.

Media : Entre 14 y 18.

Alta : Más de 18.

CATEGORIZACION DE LA DIMENSION: PROVISION DE ENTORNO DE APOYO Y PROTECCIÓN

Para la clasificación del nivel de satisfacción de la usuaria se utilizó la campana de Gauss, usando una constante 0.75, dividiéndolo en 3 categorías: alta, media, baja.

- Procedimiento:

1. Se determinó el promedio. (x)

$$x = 18.97$$

2. Se calculó la Desviación estándar. (DS)

$$DS = 2.76$$

3. Se establecieron los valores de a y b

$$a = x - 0.75 (DS), \quad b = x + 0.75 (DS)$$

$$a = 18.976 - 2.07, \quad b = 18.976 + 2.07$$

$$a = 16.90 = 17, \quad b = 21.04 = 21$$

- Satisfacción de la Usuaria: Provisión de Entorno de Apoyo y Protección.

Baja : Menos de 17.

Media : Entre 17 y 21.

Alta : Más de 21.

CATEGORIZACION DE LA DIMENSION: PROMOCIÓN DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE INTERPERSONAL

Para la clasificación del nivel de satisfacción de la usuaria se utilizó la campana de Gauss, usando una constante 0.75, dividiéndolo en 3 categorías: alta, media, baja

- Procedimiento:

1. Se determinó el promedio. (x)

$$x = 12.68$$

2. Se calculó la desviación estándar. (DS)

$$DS = 1.82$$

3. Se establecieron los valores de a y b

$$a = x - 0.75 \text{ (DS)} \quad b = x + 0.75 \text{ (DS)}$$

$$a = 12.68 - 1.36; \quad b = 12.68 + 1.36$$

$$a = 11.32 = 11; \quad b = 14.04 = 14$$

- **SATISFACCION DE LA USUARIA:** Promoción de enseñanza-aprendizaje interpersonal

Baja : Menos de 11.

Media : Entre 11 y 14.

Alta : Más de 14

CATEGORIZACION DE LA DIMENSION: ASISTENCIA EN LA GRATIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES HUMANAS

Para la clasificación del nivel de satisfacción de la usuaria se utilizó la campana de Gauss, usando una constante 0.75, dividiéndolo en 3 categorías: alta, media, baja

- Procedimiento:

1. Se determinó el promedio. (x)

$$x = 12.89$$

2. Se calculó la desviación estándar. (DS)

$$DS = 1.67$$

3. Se establecieron los valores de a y b

$$a = x - 0.75 \text{ (DS)} \quad b = x + 0.75 \text{ (DS)}$$

$$a = 12.89 - 1.26; \quad b = 12.89 + 1.26$$

$$a = 11.64 = 12; \quad b = 14.04 = 14$$

SATISFACCION DE LA USUARIA: Asistencia en la Gratificación de las Necesidades Humanas

Baja : Menos de 12.

Media : Entre 12 y 14.

Alta : Más de 14

ANEXO 09

BASE DE DATOS DEL ESTUDIO SOBRE LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, 2014

N°	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15
1	4	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	3	3	3
2	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	4
3	3	4	3	2	3	3	3	3	2	3	3	4	3	4	4
4	3	3	3	4	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3
5	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3
6	3	4	3	3	3	3	2	3	4	3	3	2	3	3	2
7	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
8	3	4	3	3	2	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3
9	3	2	3	3	3	3	4	3	4	3	2	3	3	3	3
10	3	4	3	3	2	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3
11	3	4	3	4	3	4	3	4	4	3	3	4	3	4	3
12	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2
13	3	3	4	3	3	3	4	4	3	4	2	3	3	3	3
14	3	3	4	3	4	3	4	4	3	4	3	3	3	3	3
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
16	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
19	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3
21	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
22	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
23	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
24	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
25	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4
26	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
28	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
29	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
30	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
31	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4
32	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
33	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
34	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3
35	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3
36	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3
37	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
38	4	3	3	4	3	3	4	4	3	4	3	3	4	4	4
39	4	3	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4
40	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2
41	3	3	3	4	3	4	3	2	3	3	3	3	4	3	3
42	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	2
43	3	3	2	2	4	3	4	3	2	3	3	3	4	4	3

Nº	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15
44	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3
45	3	3	3	2	4	3	3	4	3	3	3	3	2	3	3
46	4	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4
47	4	4	4	3	4	3	4	3	3	4	4	4	3	4	3
48	3	2	2	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3
49	3	4	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3
50	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
51	4	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	4	4	3	3
52	3	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	4	4	4
53	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2
54	3	3	3	3	3	4	4	3	3	4	3	3	3	4	4
55	3	4	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3
56	4	3	4	4	3	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3
57	3	3	3	4	4	4	4	3	3	4	3	4	3	4	3
58	4	3	4	3	4	4	4	3	3	4	4	3	3	3	4
59	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3
60	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3
61	3	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3
62	3	3	3	2	2	4	3	4	4	4	3	3	2	2	2
63	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4
64	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4
65	3	3	4	4	4	3	3	3	4	3	4	3	3	3	4
66	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4

Nº	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30
1	3	3	3	4	3	2	3	3	3	3	2	3	4	4	3
2	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	4	3	3	3
3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
4	3	4	3	2	2	2	2	3	3	3	4	4	3	3	3
5	3	4	3	3	3	2	3	3	3	4	3	3	4	3	3
6	3	3	3	3	2	3	3	3	3	4	2	3	2	3	3
7	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
8	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	2	4	2	3	3
9	2	3	3	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3
10	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3
11	3	3	4	4	4	4	3	3	3	4	3	3	2	4	3
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	3	3	3
13	4	2	3	3	2	3	3	3	4	3	2	3	3	3	4
14	3	2	3	3	3	2	3	3	4	3	2	3	3	2	3
15	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
16	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
17	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
18	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3
19	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4
20	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
21	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
22	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
24	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

25	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

N°	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30
28	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
30	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
31	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
32	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3
33	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4
34	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4
35	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
36	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
37	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
38	3	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3
39	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	4	3	4	4
40	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	1	4	3	2	4
41	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3
42	4	4	4	3	3	4	4	4	3	4	3	3	4	3	4
43	4	4	3	2	3	4	4	4	4	3	4	2	2	3	4
44	4	3	3	3	3	4	2	3	2	3	2	2	3	2	3
45	4	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	4
46	4	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4
47	4	3	4	4	4	3	4	4	3	3	4	4	3	4	4
48	2	3	3	3	3	3	3	3	4	2	2	3	3	2	4
49	3	4	4	3	2	4	3	4	3	3	2	3	4	3	3
50	4	3	3	4	4	4	3	3	3	3	4	3	3	4	4
51	4	4	3	3	3	4	4	4	3	4	3	4	3	3	4
52	4	3	3	3	4	4	3	4	4	3	3	4	3	3	3
53	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
54	3	3	4	3	3	4	3	4	3	3	4	3	3	4	4
55	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
56	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3
57	3	4	4	3	3	4	3	3	2	4	3	3	4	3	4
58	3	4	3	4	4	4	3	3	2	3	4	4	3	3	3
59	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	4	3	3	3
60	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
61	3	3	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	4	4	3
62	3	3	3	1	1	4	2	4	2	3	3	3	2	3	4
63	4	4	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4
64	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3
65	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4
66	3	4	4	4	3	3	3	4	4	3	3	3	4	3	3

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

UNIDAD DE POST GRADO

Segunda Especialización en Enfermería Oncológica

Anexo 1

Consentimiento Informado para el Paciente

Después de explicarme las características de la investigación, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en el presente estudio que tiene relación con la opinión que tengo del cuidado que me proporcionó el personal de enfermería, durante mi estancia en esta institución. Mi participación consiste en responder algunas preguntas acerca de la calidad del cuidado humanizado proporcionado por el personal de enfermería.

La enfermera Carmen Salis Saavedra me explicó que es la responsable de la investigación y que la está realizando como parte del programa de Segunda Especialización en Enfermería Oncológica, que no implica ningún riesgo para mí y que los datos que le proporcione serán confidenciales y anónimos, y que puedo dejar de participar en esta investigación en el momento que lo desee., que no implica ningún riesgo para mí, y que los datos que le proporcione serán confidenciales y anónimos, y que puedo dejar de participar en esta investigación en el momento que lo desee.

Para que así conste por mi libre voluntad firmo el presente a los....días del mes de.....del 2014.

.....

Firma de la entrevistada

.....

Firma del investigador

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
UNIDAD DE POST GRADO
Segunda Especialización en Enfermería Oncológica

ANEXO 2

Cuestionario sobre la calidad de cuidado humanizado recibido por el paciente

Señor, (a), (ta):

Muy buenos días, el presente cuestionario tiene como objetivo general determinar la calidad del cuidado humano de enfermería brindado a los pacientes en el servicio de hospitalización del INEN.

1. Datos Demográficos

- 1) Sexo: a) Femenino ☐ b) Masculino ☐
- 2) Edad: (años).....
- 3) Grado de Instrucción:
 - a) Primaria
 - b) Secundaria
 - c) Superior

2. Datos clínicos

- a) Diagnóstico oncológico:.....
- b) Departamento médico:
- c) Fecha de Ingreso:..... c) Fecha de la encuesta:.....
- d) Grado de actividad:
 - Grado 0: Totalmente asintomático.

Grado 1: Tiene síntomas leves, trabaja, permanece en cama 75% y puede dormir.

Grado 2: Sintomático, levantado durante más del 50% de las horas del día.

Grado 3: Sintomático, sentado o en cama más del 50% del día.

3. Datos de estudio

A continuación tenemos una lista de afirmaciones sobre la atención que Ud. recibe de la enfermera. Sírvase calificar cada una usando una escala de puntuación del 1 al 4, de tal manera que el puntaje que asigne denote su conformidad. El valor de cada opción es:

Altamente satisfecho (a) (4)

Satisfecho(a) (3)

Insatisfecho(a) (2)

Totalmente insatisfecho(a) (1)

Cuando las enfermeras me ofrecen cuidados...	Altamente satisfecho	Satis- fecho	Insatis- fecho	Totalmente insatis- fecho
1. Cuando me proporcionan apoyo espiritual, me siento...	1	2	3	4
2. Me da esperanza en mi recuperación, me siento...	1	2	3	4
3. Tengo confianza en los procedimientos que realizan...	1	2	3	4
4. Me brindan una actitud positiva en cada momento...	1	2	3	4

Cuando las enfermeras me ofrecen cuidados,	Altamente satisfecho	Satis- fecho	Insatis- fecho	Totalmente insatis- fecho
5. Consideran mi estado de salud, cuando me atienden.	1	2	3	4
6. Me tratan con respeto, durante mi hospitalización...	1	2	3	4
7. Son sensibles ante mi enfermedad...	1	2	3	4
8. Me muestran sinceridad a cada momento...	1	2	3	4
9. Me dan un trato amable cuando me atienden...	1	2	3	4
10. Realizan su labor con capacidad profesional	1	2	3	4
11. Me brindan un clima cálido en general...	1	2	3	4
12. Me dan bienestar y comodidad en mi unidad...	1	2	3	4
13. El ambiente es acogedor donde me hospitalizan...	1	2	3	4
14. Me brindan privacidad, cuando lo requiero...	1	2	3	4
15. Protegen mi intimidad durante los procedimientos...	1	2	3	4

16. Mantienen la confidencialidad de mi salud...	1	2	3	4
17. Me dan tranquilidad durante mi hospitalización...	1	2	3	4
18. Muestran seguridad al cuidarme...	1	2	3	4
19. Me dan mis alimentos a la hora indicada...	1	2	3	4
20. Me dan la chata o el urinario cuando deseo orinar...	1	2	3	4
21. Controlan las eliminaciones intestinales diario: heces	1	2	3	4
22. Controlan las funciones vitales en cada turno.	1	2	3	4
23. Me proporcionan medidas para poder dormir...	1	2	3	4
24. Me brindan una relación personal, durante mi estadía.	1	2	3	4
25. Me llaman por mi nombre siempre...	1	2	3	4
26. Su tono de voz es adecuado...	1	2	3	4
27. Me brindan hospitalidad durante mi estadía...	1	2	3	4
28. Me dan información sobre mi cuidado...	1	2	3	4
29. Son positivos de mi bienestar físico, mental y espiritual	1	2	3	4
30. Respetan mis creencias, mi religión y valores...	1	2	3	4